

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kansanterveystiede

Taru Vehmasto

Periferiasta keskuskuntiin–
oikomishoito erikoissairaanhoitona Pirkanmaan
sairaanhoitopiirin alueella

Pro gradu – tutkielma
Joulukuu 2017



Sisältö

TIIVISTELMÄ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Pohjoismainen hyvinvointivaltio	10
2.2 Suomen julkinen terveyspalvelujärjestelmä.....	12
2.2.1 Suomen terveyspalvelujärjestelmä eurooppalaisessa kontekstissa	14
2.2.2 Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän toiminnan haasteita.....	17
2.3 Suun terveydenhuolto ja oikomishoito	20
2.3.1 Suun terveyden erikoissairaanhoidon	21
2.3.2 Oikomishoidon merkitys.....	24
2.3.3 Suun terveyden erikoissairaanhoidon alueelliset erot.....	25
3 SENTRALISAATIO JA DESENTRALISAATIO TERVEYDENHUOLLOSSA	28
3.1 Sentralisaatio ja desentralisaatio terveydenhuollon päätöksenteossa.....	28
3.2 Sentralisaatio ja desentralisaatio terveyspalveluissa	30
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	32
5 TUTKIMUSMENETELMÄT	33
5.1 Tutkimuksen konteksti	33
5.2 Tutkimusaineiston muodostaminen	34
5.3 Tilastolliset menetelmät ja muuttujat.....	38
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	42
6.1 Tutkittavien perustiedot ja tutkimusjoukon kuvailu	42
6.2 Oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytön erot PSHP:n periferian ja keskuskuntien välillä	44
6.3 Oikomishoidon käyttö eri kokoisista PSHP:n kunnista vuosina 2014-2016	50
7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	53
7.1 Tutkielman luotettavuus	53
7.2 Tutkielman eettisyys.....	54
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	56
8.1 Erot PSHP:n keskuskuntien ja reuna-alueiden välillä	56
8.2 Erot asukasmäärältään eri kokoisten kuntien välillä.....	61
8.3 Keskittämisen ja hajauttamisen vaikutukset oikomishoidon erikoissairaanhoidon	62
9 POHDINTA.....	64
9.1 Tutkielman vahvuudet.....	64
9.2 Tutkielman heikkoudet	65
9.3 Jatkotutkimusaiheet	67
10 LÄHTEET	70

Kuvat

Kuva 1 Sairaanhoidon erityisvastualueet (2015).....	22
Kuva 2 Tutkimusjoukon muodostaminen	37
Kuva 3 PSHP:n kunnat kokoluokittain	41
Kuva 4 Potilaiden ikäjakauma.....	43
Kuva 5 Potilaiden määrän ja kunnan etäisyyden TAYS: an suhteelliset osuudet	45
Kuva 6 Potilaiden vakioidun määrän ja etäisyyden suhde	47
Kuva 7 Kunnan etäisyysluokan ja vakioidun potilasmäärän jakauma	49
Kuva 8 Potilaiden vakioidun määrän ja kunnan asukasluvun suhde.....	50
Kuva 9 Vakioidut potilasmäärät kuntien asukasluvun mukaan	52

Taulukot

Taulukko 1 Asiakaskäynnit ja erikoishammaslääkärit erva-alueilla.....	27
Taulukko 2 PSHP:n kaikki kunnat kokoluokittain	39
Taulukko 3 PSHP:n kuntien lukumäärät etäisyysluokittain	40
Taulukko 4 potilaiden ikä- ja sukupuolijakauma.....	43
Taulukko 5 Potilaat asuinkunnan etäisyyden mukaan	44
Taulukko 6 Asukasluvun mukaan vakioidut kunnittaiset potilasmäärät.....	46
Taulukko 7 Etäisyys TAYS:an ja potilaita/1000 as korrelaatio	48
Taulukko 8 Kunnan asukasluku ja potilaita/1000as korrelaatio.....	51

Liitteet

Liite 1 Suomen suupolit	
-------------------------	--

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, kansanterveystiede

TARU VEHMASTO: Periferiasta keskuskuntiin–oikomishoito erikoissairaanhoidona Pirkanmaalla

Pro gradu-tutkielma 81 sivua, 1 liite

Ohjaajat:

Jutta Pulkki, TtT, lehtori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Timo Peltomäki, HLT, professori, Tampereen yliopisto, ylihammaslääkäri, TAYS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko erikoissairaanhoidon oikomishoidon käytössä eroa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) keskuskuntien ja reuna-alueiden (periferian) välillä vuosina 2014-2016. Lisäksi haluttiin selvittää, löytyykö eroja asukasluvultaan eri kokoisten kuntien välillä. Tulosten avulla voidaan arvioida erikoissairaanhoidon alueellista käyttöä ja hoidon saamisen tasavertaisuutta sairaanhoitopiirin keskuskuntien ja periferian välillä.

Kvantitatiivinen rekisteriaineisto suu- ja leukasairauksien poliklinikan (suupoli) potilaista koottiin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (TAYS) potilastietojärjestelmästä tätä tutkimusta varten. Tutkija sai potilaiden tiedot TAYS:n tiedekeskukselta raakamuodossa ja täydensi aineistoa itse manuaalisesti TAYS:n potilastietojärjestelmästä. Tutkimuksessa käytetty aineisto on 381 TAYS:n suupolille erikoissairaanhoidon oikomishoidon ensikäynnille tulleen potilaan tiedot vuosilta 2014-2016.

Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoimalla, korrelaation ja kuvailun avulla. Apuna analyyseissa käytettiin IBM SPSS Statistics 25-ohjelmaa sekä Microsoft Exceliä. Tulosten tulkinta tehtiin alueellisuuden tasavertaisuuden kontekstissa.

Tutkimuksen tuloksina selvisi, että kunnan etäisyydellä hoitopaikkaan TAYS:an on tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen, kuinka paljon potilaita ko. kunnasta tarkastelujaksolla tuli TAYS:an erikoissairaanhoidon oikomishoitoon. Yhteys ei kuitenkaan ollut kovin vahva ($r = -0,464$). Näyttää siltä, että mitä kauempana TAYS:sta potilaan asuinkunta sijaitsee, sitä vähemmän ko. kunnasta päätyy potilaita oikomishoidon erikoissairaanhoidon suupolille. Kunnan asukasluku sen sijaan ei ollut yhteydessä oikomishoitoon tulneiden potilaiden määrään tilastollisesti merkitsevällä tavalla.

Alueellisen tasavertaisuuden analysointi on tärkeää, jotta hyvinvointivaltion ja lain määräämät julkisen terveydenhuollon periaatteet tarpeen mukaisesta hoidosta kaikille kansalaisille täyttyvät. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kunnan etäisyydellä hoitopaikkaan oli merkitystä hoitoon pääymiseen, mutta muiden selittävien tekijöiden osuus on suurempi. Aineiston perusteella näyttää siltä, että kuntien resurssit ja jopa yksittäisten lähettävien hammaslääkäreiden preferenssit vaikuttavat potilaiden lähettämiseen erikoissairaanhoidon. Jotta alueellista tasavertaisuutta voitaisiin analysoida tarkemmin, tarvitaan lisätutkimusta joka ottaa huomioon kunnan etäisyyden lisäksi esimerkiksi hammaslääkäriresurssit, kunnan palvelu- ja ikärakenteen.

Avainsanat: Tasavertaisuus, alueellisuus, terveyserot, erikoissairaanhoido, oikomishoito

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of social sciences, health sciences, public health

TARU VEHMASTO

From periphery to the centre — orthodontics as special health care in Pirkanmaa health care district

Master's thesis, 81 pages, 1 appendix

Supervisors:

Jutta Pulkki, PhD, lecturer, University of Tampere, Faculty of social sciences

Timo Peltomäki, PhD, professor, senior dentist, Tampere University hospital

The purpose of this study was to find out, if there are differences in utilization of orthodontic special health care between the peripheral and central municipalities of Pirkanmaa hospital district, Finland, in years 2014-2016. Additionally, the study wanted to find out, if the size of population in different municipalities played a role in the number of patients who gained access to care in orthodontic special health care.

The data for the study was put together by Tampere university hospital science centre, and the researcher of this study manually complemented the data using patient records of hospital's orthodontic patients. The material of this study was then the patient records of 381 patients who had their first consult in Tampere university hospital's clinic of oral and maxillofacial diseases in years 2014-2016.

The data was analysed using crosstabulations, correlations and different figures. The analysis was conducted with the help of IBM SPSS Statistics 25 and Microsoft Excel programmes.

The results of this study revealed, that the distance to the place of treatment (Tampere university hospital) had a statistically significant correlation to the number of patients from a certain municipality. However, this correlation was not particularly strong ($r = -0,464$). It seems that the further away from the hospital the patient lives, the smaller is the number of patients who are treated in the hospital from that municipality. The population of a certain municipality then again did not have an impact on the number of patients.

It is important to analyse regional differences in access to treatment, so we can better assess if the criteria of a welfare state and our legislation are fulfilled. According to this study, the distance from municipalities played a role in the number of patients who arrived for a consult in oral and maxillofacial clinic of the university hospital of Tampere. However, it seems that other factors offer more explanation to these numbers. Dental care resources and even the preferences of individual dental care professionals may affect the protocol of referring patients to special health care. In order to assess the regional differences and reasons for these better, further research is needed where the demographic and service structure of municipalities is taken into account.

Keywords: Equality, regionality, special health care, health differences, orthodontics

1 Johdanto

Suomen terveystalvelujärjestelmä on kaksiportainen sisältäen perusterveydenhuollon kuntien terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon sairaaloissa eri puolilla maata (THL 2017a). Suomen terveystalvelujärjestelmän yksi määrittävä tekijä ovat kuntien autonomiasta johtuvat erot hoidon järjestämisessä. Kunnat ovat tähän saakka saaneet itse järjestää terveystalvelunsa omista lähtökohdistaan ja omilla painotuksillaan (Ståhl ja Rimpelä 2010, 26; Kröger 2011, 148-149). Tämä malli noudattelee pohjoismaista perinnettä, sillä lähimmissä naapurimaissammekin järjestelmä on aina 2000-luvulle saakka ollut varsin samanlainen ja kuntavetoinen (mm. Brown ym. 2014, Saltman 2008), joskin nytemmin esimerkiksi Ruotsissa ja Norjassa ollaan siirrytty aiempaa keskusvetoisempaan malliin (Brekke ja Straume 2017, Winblad 2017).

Suomessakin ollaan juuri nyt suuren murroksen edessä, kun sosiaali- ja terveystalveluiden sekä maakuntien reformi (sote-uudistus) on Sipilän hallitusohjelman mukaisesti menossa eteenpäin. Sote-uudistuksessa Suomi jaetaan 18 maakuntaan, jotka jatkossa kuntien sijaan terveystalvelut järjestää maakunta (Alueuudistus.fi 2017a).

Kuntien eri resursseista ja preferensseistä johtuen terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on Suomessa esiintynyt runsaasti eroja väestön kesken. Näitä eroja voidaan tarkastella usealla eri mittarilla: esimerkiksi hoitoon jonotusajalla, väestöryhmien, sukupuolen ja sosioekonomisten ryhmien välillä sekä maantieteellisesti joko koko maan mittakaavassa tai hienojakoisemmin maakuntien, sairaanhoitopiirien tai kuntien kesken. Tässä tutkielmassa tarkastellaan kunnittaisia eroja erikoissairaanhoidon käytössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimusaineistona on Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (TAYS) suu- ja leukasairauksien poliklinikan (suupoli) oikomishoidon potilastietoja vuosilta 2014-2016. Tutkimuksessa halutaan selvittää, oliko oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytössä eroa PSHP:n keskuskuntien ja reuna-alueiden välillä vuosina 2014-2016. Lisäksi tarkastellaan eroja väestömäärältään eri kokoisten kuntien välillä.

Erikoissairaanhoidon eroista on tehty tutkimusta, mutta oikomishoidon käytön osalta alueellista vertailutietoa ei ole saatavilla. Sen sijaan on tutkittu odotusaikoja hoitoon, käyntimääriä eri alueilla ja resursseja (Konki ja Laine 2017; Rehunen 2016; Männistö, Virtanen ja Widström 2014). Tässä tutkielmassa ollaan kiinnostuneita siitä, vaikuttaako potilaan asuinpaikka ja kunnan etäisyys hoitopaikkaan siihen, kuinka paljon potilaita ko. kunnasta

päätyy erikoissairaanhoidon oikomishoitoon. Tutkielma sijoittuu kansanterveystieteen tutkimuskenttään terveyspalvelujen alueellisen tasavertaisuuden viitekehykseen. Tutkielmaa on taustoitettu ja esiintyviä eroja sekä Suomen terveyspalvelujärjestelmää kytketty vahvasti pohjoismaiseen kontekstiin terveyspalvelujen järjestämisestä. Suomen erityispiirteet maantieteessä on kuitenkin otettu huomioon tulosten tulkinnassa.

2 Terveyspalvelujärjestelmän lähtökohdat

Suomen terveyspalvelujärjestelmä on kansainvälisesti verraten kehittynyt. Kansalaisten tyytyväisyys terveyspalveluihin on muihin maihin verrattuna hyvä (Blendon ym. 2001, 8-9) ja hoitopaikkaverkostomme kattaa koko maan väestön, joskaan ei täysin tasapuolisesti (Vuorenkoski 2008; 37,87, ks. myös tämän tutkielman kpl 2.2.2). Laadukasta terveydenhuollon ja lääketieteen tutkimusta tukevat Suomen kattavat, pitkäaikaiset ja luotettavat rekisterimme (Lumme, Manderbacka ja Keskimäki 2017, 49; Sund 2012; Teperi ym. 2009, 86-88).

Tarkastellessa Suomen järjestelmää, tulee kansainväliset vertailut toteuttaa mahdollisimman samankaltaista järjestelmää noudattavien maiden kesken. Kehittyvien maiden terveys- ja sairausproblematiikkaan nähden järjestelmämme ongelmat voivat tuntua toissijaisilta ja vähäpätöisiltä, eikä palvelujen järjestämisen näkökulmasta vertaaminen esimerkiksi kehitysmaihin olekaan mielekäästä. Suomen kanssa samankaltainen (mm. universaali, verorahoitteinen) terveyspalvelujärjestelmä on käytössä esimerkiksi Pohjoismaissa (ks. Magnussen, Vrangbaek ja Saltman 2010) sekä Iso-Britanniassa (ks. Cylus ym. 2015). Suhteuttaaksemme terveyspalvelujärjestelmää ja alueellisuuden haasteita laajempaan kontekstiin valtiosta ja sen tehtävistä ja velvollisuuksista kansalaisiaan kohtaan, on hyvinvointivaltion käsite keskeistä ymmärtää.

Hyvinvointivaltion määritelmiin terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta kuuluu universaali terveydenhuolto. Universaaliudella tarkoitetaan sitä, että kaikki kansalaiset (eivätkä esim. vain haavoittuvaset ryhmät) ovat terveyspalvelujen piirissä. Suomalaisissa terveyspalveluissa universaalius ei kuitenkaan tarkoita, että julkiset terveyspalvelut olisivat täysin potilaan tai asiakkaan vapaasti käytettävissä, vaan sovelletaan ns. *gatekeeper*- eli portinvartija-periaatetta (ks. tässä tutkielmassa kappale 2.2). Kuitenkin kansalaisuuden mukana seuraava oikeus terveyspalveluihin ja hoitoon tarkoitettuihin lääkkeisiin määrittyy hyvinvointivaltion periaatteiden kautta (Lehto 1998, 413-414), ja hyvinvointivaltiossa tavoitellaankin hyvinvoinnin ja terveyden ideaalia jakautumista väestön kesken (Pirttilä ja Tuomala 2012, 113). Universaalisti tarjottuja terveys- ja sosiaalipalveluja pidetäänkin yhtenä hyvinvointivaltion määrittäjinä, ja näiden palvelujen avulla saadaan aikaan laajempiakin yhteiskunnallisia vaikutuksia kuten työllisyyden paranemista (Lehto, Mossa ja Rostgaard, 104).

Hyvinvointivaltion piirteitä ja määrittäjiä arvioidessa tulee pitää mielessä, että pelkästään terveyspalvelujärjestelmällä ei saada aikaan väestön terveyden paranemista. Valtaosa terveyden determinanteista on terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolisia tekijöitä, kuten koulutustaso, ympäristö ja sosioekonominen asema (Wilkinson ja Marmot 2003). Terveyspalvelujen rooli on taata maan kansalaisille yhdenvertaisuus palvelujen saatavuudessa, laadussa ja hoidon tuloksissa (Palosuo ym. 2006). Terveys on vain yksi hyvinvointivaltion ulottuvuus ja Taylor-Gooby, Larsen ja Kananen (2004, 573) toteavatkin, että hyvinvointivaltion toimiva taloudellinen rakenne on ehdoton edellytys sille, että terveyspalveluja ylipäätään voidaan tarjota. Toisaalta terveyteen vaikuttavia päätöksiä tehdään monilla hallinnonaloilla, ja väestön terveyden parantamisen ollessa tavoitteena, tulee terveyttä ajatella laajemmin kuin pelkästään terveyspalvelujen järjestämisen kautta (Scott-Samuel ja Sihto 2000). Tällainen lähestymistapa on onneksi viime vuosikymmeninä ollut vahvasti poliittisella agendalla kansainvälisestikin Health in All Policies- ohjelman (Leppo ym. 2013) ansiosta.

Hyvinvointivaltion käsitteeseen liittyy terveyspalvelujen lisäksi hyvin vahvasti sosiaalipoliittinen ulottuvuus, jota ei tässä yhteydessä voi ohittaa. Suomalaista hyvinvointivaltiota on määritelty mm. Saaren tuoreessa teoksessa *Sosiaaliturvariippuvuus* (2017). Saari kuvaa hyvinvointivaltiolle kahdeksan kriteeriä, joiden tulee täytyä samanaikaisesti, jotta voidaan puhua hyvinvointivaltiosta. Kriteerit ovat lyhyesti seuraavat: kansalaisten sosiaaliset oikeudet on turvattu lailla; sosiaalipoliittinen järjestelmä perustuu eri elämänvaiheiden sosiaalisten riskien systemaattiseen arviointiin ja jakoon; viimesijainen sosiaalituki (Suomessa toimeentulotuki) on vain vähäisessä asemassa, muiden tukien tulee tulla sitä ennen; kansalaisten sosiaaliset oikeudet perustuvat yhdenvertaiseen kohteluun ja ovat riippumattomia mm. asuinpaikasta; sosiaalipoliittikka on valtion taholta organisoitu ja hallintoitu järjestelmä; julkisista menoista noin puolet käytetään riskiperusteella arvioituihin sosiaalimenoihin; hyvinvointivaltio todistetusti vaikuttaa kansalaistensa terveyteen ja hyvinvointiin ja tämä voidaan osoittaa luotettavalla tilastotiedolla. (Mukaillen Saari 2017, 39-41.) Saaren kanssa varsiin samankaltaisia määritelmiä kuvaavat mm. Harsløf ja Ulmestig teoksessaan *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States* (2013, 1-2), jossa kirjoittajat lyhyesti kuvaavat pohjoismaisen hyvinvointivaltion osoittimen olevan se, että valtio on varautunut kansalaistensa toimeentuloa mahdollisesti kohtaaviin riskeihin. Pohjoismaista hyvinvointivaltiota käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa 2.1.

Tämä pro gradu-tutkielma kytkeytyy hyvinvointivaltion regiimeihin usean eri em. kriteerin kohdalla. Puhuttaessa erikoissairaanhoidosta, on se hoitoa, johon Suomen kansalaisilla on lain turvaama oikeus (mm. perustuslaki L731/1999 5 luvun 6§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992 3 luku 24§). Hoidon perustuminen lakiin takaa myös sen, että kansalaiset ovat —ainakin periaatteessa— yhdenvertaisia hoitoon pääsyä ajatellen. Käytäntö on kuitenkin osoittanut, että esimerkiksi juuri erikoissairaanhoidossa eroja on usealla eri tasolla (tästä lisää kappaleissa 2.2.2. ja 2.3.3). Lain tuoman turvan lisäksi erikoissairaanhoidon palvelut, joita tämä tutkielma käsittelee, ovat kansalaisten saatavilla tarveharkintaisena potilaan asuinpaikasta riippumatta.

2.1 Pohjoismainen hyvinvointivaltio

Pohjoismainen hyvinvointivaltio (*Nordic Welfare State*) on maailmalla tunnettu käsite, ja määritelmässä Pohjoismaihin luetaan Suomen lisäksi Norja, Ruotsi, Tanska ja Islanti sekä näille maille kuuluvat alueet (Magnussen, Wrangbaek ja Saltman ym.2010). Kvistin (1999, 232) mukaan Pohjoismaisen hyvinvointivaltion piirteitä ovat seuraavat: julkisen järjestelmän kattavuus, korkea työllisyys, tasa-arvo, universalismi, korkeatasoiset hyvinvointietuudet ja laajamittaiset, jopa anteliaat tulonsiirrot. Nämä ovat hyvin linjassa edellisessä kappaleessa esiteltyjen suomalaisen hyvinvointivaltion piirteiden (Saari, 2017 mukaan) kanssa. Pohjoismaisen hyvinvointivaltion hyvinä puolina on pidetty sen ajanmukaisuutta ja hyvinvointivaltion asukkaiden palvelujen tarpeeseen vastaamista (Esping-Andersen 2002, 184).

Esping-Andersenin (2002, 184) mukaan pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa asukkaiden tarpeisiin perusteellisesti vastaamista selittää muiden, sosiaalipoliittisten tekijöiden ohella laaja terveyspalvelujen tarjonta. Pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat terveyspalvelujen järjestämisen puolelta valtaosin nk. beveridgeläisiä, joissa julkisesti järjestetään terveyspalvelut yhteisistä varoista koko väestölle (ks. tässä tutkielmassa kappale 2.2.1), ja valtion rooli ihmisten terveyden ja yleisemmin elämän määrittäjänä ja ohjaajana on ollut suuri. Tällöin kansalaisilla on ollut myös aihetta olettaa, että valtio on yksilöiden lisäksi vastuussa kansalaisten terveydestä terveydenhuollon kautta (Vallgård ja Lehto 2010, 256). Sen lisäksi, että yksilöt voivat tehdä omaa terveyttään tukevia valintoja, voivat he vaikuttaa terveyteensä ja terveydenhuoltoonsa demokratian kautta. Esimerkiksi äänestämällä tai kansalaisjärjestöissä toimimalla voidaan vaikuttaa terveydenhuollon järjestämisen päätöksen-

tekoon, joka pohjoismaissa on vahvasti poliittisesti ohjautuvaa (Winblad ja Ringard 2009, 127).

Vaikka pohjoismaita edellä mainituilla tavoilla pidetään maailmalla laajalti tasa-arvon edelläkävijöinä (esim. Lehto 2015, 61; Hakovirta ym. 2013, 51), on yhteiskunnassamme silti rakenteellisia tekijöitä, jotka eivät edistä tasa-arvoa. Sukupuolten ja työelämän tasa-arvoon paljon vaikuttava perhe-elämän yhdistäminen työssäkäynnin kanssa on asia, joka edelleen pitää sukupuolieroja yllä ja heikentää hyvinvointivaltion ihannetta. Perheiden sukupuolijaottunut ansaintamalli ja tunnustamaton kotona tehty lasten hoitotyö lisäävät epätasa-arvoa miesten hyväksi (Wetterberg, Ravn ja Melby 2008, 27; Närvi 2014, 44).

Saari ym. löytävät myös terveyspalvelujärjestelmän rakenteista yhteiskuntaa eriarvoistavia piirteitä, kuten eri tasoisesti ja epäoikeudenmukaisesti tarjotut palvelut (Saari, Taipale ja Kainulainen 2013, 278; Vuorenkoski, Vladovsky ja Mossialos 2008). Muuri ym. (2008) nimeävät näihin palveluihin esimerkiksi suhteen työterveyshuollon ja julkisen perusterveydenhuollon välillä sekä terveydenhuollon asiakasmaksut. Suomen työterveyshuolto on rakenne, joka on pohjoismaisesti tarkastellen varsin ainutlaatuinen erityisesti palvelujen laajuuden suhteen. Suomalaiset työssäkäyvät ovat varsin hyvässä asemassa muuhun väestöön nähden (Lehto 2015, 65), koska työterveyshuoltoon pääsy on nopeaa ja helppoa. Työssä käyvä väestö on Suomessa kansallisesti suhteutettuna varsin tervettä (Virtanen ym. 2008, 67), mutta silti heidän terveyspalvelunsa toimivat parhaiten ja palveluja on eniten saatavilla. Tätä kutsutaan hoitopalvelujen käänteislaiksi (*inverse care law*), jossa tarjonta on suurinta siellä, missä tarve on vähäisintä (Blainaid ym. 2013, 239; Tudor 1971, 7696). Ilmiöön liittyy olennaisesti markkinavoimien vyöryminen terveyspalvelujen kentälle (Watt 2002, 252). Työterveyspalvelut ovat Suomen terveyspalvelujärjestelmän toimivimpia osia, eikä sen purkamista olla aloittamassa, vaikka se aiheuttaakin merkittävää eriarvoisuutta eri ihmisryhmien välille (Manderbacka ym. 2017).

Suomen asiakasmaksujärjestelmä taas osoittautuu eriarvoiseksi siinä, että kunnilla on edelleen lain antamissa puitteissa autonomia periä asiakasmaksuja ja päättää niiden määräästä. Yhdessä kunnassa asiakasmaksuja samasta palvelusta peritään, toisessa ei, ja euromääräinen summa voi vaihdella. Noin joka kymmenes suomalainen asuu kunnassa, jossa esimerkiksi terveyskeskuslääkärillä käynti on maksuton. (Parhiala ym. 2016.) Tällä hetkellä kaikki julkisia terveyspalveluja käyttävät maksavat lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L734/1992) nojalla valtaosasta terveyspalveluihin kuuluvia käyntejä

asiakasmaksuja, joiden suurus vaihtelee. Vuosittaisille maksuille on olemassa henkilökohtainen maksukatto (STM 2017a). Poikkeuksena asiakasmaksujen perintään on potilaan heikentynyt maksukyky, jolloin maksujen perinnästä voidaan pidättäytyä (asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista: luvut 6-7). Asiakasmaksuista onkin jo kauan keskusteltu väestöä eriarvoistavana rakenteena (Lehto 1998, 414-415).

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion piirteet luovat pohjaa terveystalouden perusteille. Ymmärtäessämme, miten hyvinvointivaltio toimii ja myös, miten se *ei* toimi, on väestön terveydestä huolehtimista terveystalouden näkökulmasta helpompi tarkastella. Pohjoismaisen hyvinvointivaltion ohjenuorat suomalaiselle terveystaloudelle voisikin vetää yhteen väestön tasavertaisuudeksi, kattaviksi palveluiksi ja koko maan kattavaksi toimivaksi palveluverkoksi. Seuraavassa pureudutaan nimenomaan suomalaisen terveystalouden rakenteisiin ja toimintaan.

2.2 Suomen julkinen terveystalouden järjestelmä

Suomen terveystalouden järjestelmän keskeisiä toimintaperiaatteita on taata koko väestölle terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävät terveystaloudet (STM 2017b). Nämä tavoitteet on myös kirjattu lakiin. Perustuslain (L731/1999) §19 mukaan *”julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudet ja edistettävä väestön terveyttä.”* Perustuslain lisäksi erikoissairaanhoidonlain (L1062/1989 §3), terveydenhuoltolain (L1362/2010 §7) ja lain potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992 §3) mukaan potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon. Tästä asiasta huolehtii potilaan asuinkunta.

Terveystalouden järjestelmä on Suomessa ollut perinteisesti kaksipuolainen, jakautuen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoon luetaan kuuluvaksi kuntien terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla annettava perustason hoito (THL 2017a). Erikoissairaanhoidon taas kuuluvat vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat, ja erikoissairanhoidoksi määritelläänkin pääasiassa sairaaloissa annettava hoito, kuten erikoislääkärin konsultaatiot ja kirurgiset leikkaustoiminnot (STM 2016a). Kiireettömään erikoissairaanhoidon potilaat saapuvat läheteellä (Alueuudistus.fi 2017b).

Suomessa erikoissairaanhoidon saatavuutta ohjaa hoidon tarve, jonka arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilaat eivät siis julkisella palveluntuottajalla itse voi päättää hakeutuvansa suoraan erikoissairaanhoidon, vaan heidän tulee saada lähete hoitoon perusterveydenhuollosta. Näin ollen lähettävä taho toimii portinvartijana, joka säätelee erikoissairaanhoidon ohjautuvien potilaiden määrää ja laatua (STM 2017c). Suomen kaltainen gatekeeper-järjestelmä on käytössä mm. Tanskassa, Englannissa, Norjassa ja Liettuassa ja osittain mm. Itävallassa, Virossa, Ranskassa ja Saksassa (Masseria ym. 2009, 7; 22-23). Esimerkiksi Norjassa lähete erikoissairaanhoidon tehdään perusterveydenhuollossa, erona Suomen nykyiseen järjestelmään on se, että potilas voi läheteellä hakeutua joko julkiseen sairaalaan tai yksityiselle palveluntuottajalle (vrt. Suomen tuleva sote-uudistus, Alueuudistus 2017c) (Tjerbo ja Kjekshus 2005). Ruotsissa tilanne on sama, ja Suomen järjestelmän kanssa yhteistä on potilaan mahdollisuus vaikuttaa tulevan erikoissairaanhoidon paikan valintaan yhdessä lähettävän lääkärin kanssa (Winblad 2008, 1503).

Potilaan terveystalvet ovat tähän saakka määräytyneet potilaan asuinkunnan perusteella. Julkisen terveydenhuollon piirissä ovat olleet kaikki kuntien asukkaat, ja perusterveydenhuolto on sijainnut oman kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksessa (STM 2017b). Kuitenkin valinnanvapauden laajennuttua viime vuosina, potilaalla on nyt oikeus valita hoitopaikkansa julkisen sektorin toimijoista koko Suomen alueella. Valintamahdollisuus koskee sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidon (Aalto ym. 2017, 2). Hoitopaikan voi valita myös toisesta EU-maasta, ja jatkossa valinnanvapaus laajenee entisestään, jos sote- ja maakuntauudistus astuu voimaan vuonna 2020. (Alueuudistus.fi 2017a, THL 2016a.)

Suomessa terveydenhuollon palveluverkko on varsin laaja. Vuonna 2017 Suomessa on 311 kuntaa (sis. Manner-Suomi ja Ahvenanmaa) ja 21 sairaanhoitopiiriä (Tilastokeskus 2017). Terveysteskuksien määrä vuonna 2013 oli Manner-Suomessa 151, ja kaiken kaikkiaan lääkärin vastaanottopisteitä julkisella sektorilla oli samana vuonna noin 550 (THL 2014, 4). Suomen ollessa yksi maailman harvaan asutuimpia maita, on perusteltua kysyä, miten ja millä tasolla palveluita tulee tuottaa julkisin varoin eri puolilla Suomea. Jo tällä hetkellä kuntien menoista noin puolet (48% vuonna 2016, Kuntaliitto 2016a) kohdistuu terveydenhuoltoon, ja erikoissairaanhoidon kulut muodostavat noin kolmanneksen kaikista terveydenhuoltomenoista (34,7% vuonna 2015, THL 2017b). Suomen valtion kestävyysvaheen paikkaaminen vaatii julkisen talouden säästöjä, ja paineita terveydenhuollon menojen supistamiseen on paljon. Säästöihin pyritään lähivuosina sote- ja maakuntauudistuksella,

jolla tavoitellaan jopa 3 miljardin euron säästöjä julkiseen talouteen (Alueuudistus.fi 2017c).

2.2.1 Suomen terveystalvaelujärjestelmä eurooppalaisessa kontekstissa

Yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisessa kontekstissa Euroopan sisällä tarkasteltuna Suomen terveystalvaelujärjestelmä on rahoitus- ja järjestämismuodoltaan universalistinen ja beveridgeläinen. Universalistisessa terveystalvaelujärjestelmässä palvelut ovat yhtäläisesti kaikkien saatavilla tarpeen mukaan (Harjula 2015, 362; Sihto ym. 2013, 330; Oliver ja Mossialos 2004) ja erityisesti heikoimmassa asemassa olevien aseman turvaamiseksi terveystalvaeluiden tulee olla julkisen vallan, ei markkinavoimien, vastuulla (Palosuo ym. 2013, 23). Universalismia on pidetty hyvinvointivaltion tunnuspiirteenä ja yhtenä erityisesti pohjoismaisten hyvinvointijärjestelmien kulmakivistä (Lehto 2015, 66; Anttonen ja Sipilä 2010, 115), ja Erikson ym. selventävätkin pohjoismaista mallia sellaiseksi, jossa tulonsiirtojen ajatellaan kuuluvan kaikille ja palvelevan yhteistä hyvää (Erikson ym. 1987).

Beveridgeläisellä ajattelutavalla tarkoitetaan sitä, että (terveys)palvelut ovat julkisesti järjestettyjä ja niiden rahoitus kerätään kollektiivisesti verotuksessa. Suomen kaltainen malli on käytössä mm. beveridgeläisen järjestelmän alkuperämaassa Iso-Britanniassa, jossa Suomen tapaan erikoissairaanhoidon pääsyä säädellään lähetekäytännöllä. Keski-Euroopassa taas on laajemmin vallalla alun perin saksalainen nk. Bismarckin malli, jossa terveydenhuolto perustuu jokaisen henkilökohtaiseen sosiaalivakuutukseen ja palvelujen saatavuuden määrittää vakuutuksen laajuus. (Bevan, Helderma ja Wilsford 2010.) Terveystalvaelut eivät kuitenkaan ole järjestetty identtisellä sabluunalla missään maissa, vaan joka maalla on omien erityispiirteidensä johdosta hieman omanlaisensa malli.

Kaikissa Pohjoismaissa on terveydenhuollon yleisenä paradigmana ollut ensinnäkin väestön terveyden parantaminen ja myöhemmin myös terveyserojen kaventaminen. Erityisesti tultaessa 1980-1990-luvuille, on tämä tavoite lausuttu entistä eksplisiittisemmin pohjoismaisia terveystalvaelujärjestelmiä kehitettäessä (Vallgård ja Lehto 2010, 255-256). Suomen kansanterveystyölle pohjaa luonut kansanterveyslaki (L66/1972) ei vielä puhunut mitään terveyserojen kaventamisesta. Sen sijaan kansanterveyslakia paljolti uudistaneessa ja päivittäneessä terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) terveyserojen kaventaminen on nimetty yhdeksi lain päätavoitteeksi. Tämä sama tavoite on ollut kirjattuna keskeiseksi ta-

voitteen viime vuosina myös Sipilän 2015 hallitusohjelmassa (VNK 2015, 28) sekä tätä aiemmin Kataisen hallitusohjelmassa tavoitteen numero 1 alla (VNK 2011, 7).

Vaikka juhlapuheissa onkin väestön terveys usein nostettu näyttävästi agendalle, ja poliittisen ja rakenteellisen päätöksenteon on todettu olevan hyvä keino vaikuttaa väestön terveyteen (Tukia, Simoila ja Oulasvirta 2008, 197), ovat konkreettiset toimet eläneet aikansa muiden vaikutusten alla. Esimerkiksi 1990-luvun laman aikana silloisen hallituksen leikkauslinja realisoitui jopa niin, että edes ilmaiseksi tehtävät interventiot eivät saaneet tuulta alleen. Toisaalta taas tuloksena Suomen aktiivinen osallisuus WHO:n Health For All-hankkeessa samalla vuosikymmenellä poiki tunnetun ja tärkeän Terveys 2015-projektin alkamisen. (Leppo 2010, 37-38.) 1990-luvun laman aikanakin yhteiskunnan ongelmista huolimatta suomalaisten terveydentila kehittyi positiiviseen suuntaan ja terveyserojen kasvu saatiin pidettyä kurissa (Rahkonen ja Lahelma 2005, 280). Kuitenkin jo 1990-luvun alkupuolella valtakunnan päättäjät jakoivat saman huolen kuin nykyisetkin ministerit ja eduskunta, eli miten turvataan osaavan henkilökunnan määrä ja kattavat terveyspalvelut (Lehto ja Blomster 1999).

On huomionarvoista, että Suomen ollessa keskellä suurta sote-uudistusta, on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana tapahtunut erittäin suuria muutoksia myös muualla maailmassa (Häkkinen ja Lehto 2005, 80). OECD-maista suurin osa on muuttanut 2000-luvun alkupuoliskolla terveyspalvelujärjestelmässään joko järjestämistapaa, fasiliteetteja tai rahoitusta. Suomen naapurimaista esimerkiksi Tanskassa ja Virossa on parannettu sairaalaverkkoa, ja Tanskassa kuntien roolia on vahvistettu väestön terveyden ylläpitämisessä. (Yasar ja Khushalani 2017.) Samoin on toimittu myös Ruotsissa, jossa terveyspalveluja on hajautettu ja aluemallia kehitetty. Konservatiivisessa Englannissa terveyspalvelujen järjestäminen sen sijaan on edelleen varsin keskusvetoista (Koivusalo, Ollila ja Tritter 2008, 218-219).

Erilaisista terveyspalvelujärjestelmistä huolimatta yhdistävä tekijä kaikissa OECD-maissa näyttää olevan haaste sovittaa rajalliset resurssit alati kasvavaan terveyspalvelujen tarpeeseen ja kysyntään (Yaya ja Danhouno 2015, 1-2). Syitä palvelujen lisääntyneeseen tarpeeseen ovat muun muassa ihmisten lisääntynyt tietoisuus terveyspalveluista ja vaatimustason nousu tarjottujen palvelujen suhteen (Tuomainen ja Tuomainen 2003, 166). Laajemmin ajateltuna epidemiologinen transitio eli väestön terveyden ja kuolleisuuden syiden muutokset tartuntataudeista kroonisiin sairauksiin ovat lisänneet terveydenhuollon

käyttöä. Toisaalta myös terveydenhuollon ja sen teknologioiden kehitys sinänsä on lisännyt mahdollisuuksia hoitaa yhä moninaisempia sairauksia ja näin pidentää väestön elinikää. (Auvinen 2010, 132-134.) Eliniän pidentyessä eli väestön ikääntyessä terveyspalvelujen tarve kasvaa, eli kysyntä ja tarjonta ruokkivat toisiaan (Chen ym. 2015, Banerjee 2015), ja ikääntyneet käyttävätkin terveyspalveluja eri ikäryhmistä selkeästi eniten (Vitikainen ym. 2005, 171-173).

Kun Suomessa keskustellaan terveyspalvelujärjestelmästä, ei aiemmin juurikaan ole kyseenalaistettu terveyspalvelujen universalismin periaatetta tai beveridgeläistä järjestämismallia. Voidaankin ajatella, että nämä perustavanlaatuiset, pitkäaikaiset piirteet terveyspalvelujärjestelmässämme ovat varsin syvään juurtuneita niin poliitikoilla kuin kansalaisillakin (Anttonen 2002). Kuitenkin viime vuosina lisääntynyt terveyspalvelujen yksityistämistrendi on muuttamassa tilannetta, kun julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen rinnalle on tullut suuria yksityisiä toimijoita, jotka alkavat kantaa vastuuta kansanterveydestä (Lehto ja Tynkkynen 2013, 605). Markkinatalouden periaatteita halutaan enenevässä määrin soveltaa myös terveydenhuoltoon, joskaan markkinamekanismien soveltuvuudesta julkisten palvelujen järjestämiseen ei olla yksimielisiä. Pohdinnat liittyvät laajemmin yhteiskunnan tehtäviin ja hyvinvointivaltion julkiseen ohjaukseen; tulisiko kaikille taattavien palvelujen olla aina julkisen vallan järjestämiä, vai voisiko mukaan tulla myös kaupallisia toimijoita? (Pirttilä ja Tuomala 2012, 113-114.) Myös Kröger käsittelee artikkelissaan (2011) terveyspalvelujen universalismin merkitystä pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle, ja kuvaa sen realisoituvan erityisesti itseisarvona pidetyn yhdenvertaisuuden (eng. *equality*) kautta.

Yhdenvertaisuus erityisesti terveyspalvelujen alueellisuuden kontekstissa ei kuitenkaan Krögerin (2011, 149-150) mukaan ole täysin ongelmaton; kuntien itsemääräämisoikeuden ja terveyspalvelujen valtakunnallisen yhdenmukaisuuden välillä on selkeä ristiriita. Jokaisen kunnan saadessa itse päättää palveluistaan omien resurssiensa rajoissa, tulee eri kunnissa väistämättä olemaan eroja esimerkiksi palvelujen saatavuudessa ja laajuudessa. Samaa pohtii Rauch (2008, 273) artikkelissaan pohjoismaisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Hän tuo esiin, miten yksittäisten kuntien talousvaikeudet voivat ensinnäkin aiheuttaa eroja kuntien välillä ja toisekseen vaarantaa koko universalismin periaatteen, jos taloudelliset resurssit eivät anna myöten järjestää riittäviä terveyspalveluja.

Resurssien erilaisuudesta huolimatta, Suomessa sekä lainsäädännön että hyvinvointivaltion moraalin mukaisesti hoitoa tulisi olla yhdenvertaisesti saatavilla. Yhdenvertaisuus terveyspalveluissa toteutuu silloin, kun samanlaisessa hoidon tarpeessa olevia kohdellaan terveyspalveluiden edessä samalla tavalla huolimatta potilaan ominaisuuksista kuten asuinpaikasta, tuloista tai sosiaalisesta asemasta (Starfield 2011; Whitehead ja Dahlgren 2007; Pajukoski 2006, 26). Laajemmin Pajukosken mukaan yhdenvertaisuudella pyritään poistamaan eriarvoisuutta, kun taas Pulkki (2012) katsoo asiaa oikeudenmukaisuuden näkökulmasta, jota voidaan tutkia esimerkiksi palvelujen saatavuuden kautta. Terveysterveysten huollon saatavuudelle onkin useita edellä kuvattuja, toisiaan hyvin lähellä olevia määritelmiä. Erikoissairaanhoidon ollessa kyseessä, on aiemmin kuvattu lähetekäytäntö tärkein ohjauskeino erikoissairaanhoidon saatavuuteen, sillä ilman lähetettä ei erikoissairaanhoidtoa voi saada (poikkeuksena esim. päivystystoiminta).

2.2.2 Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän toiminnan haasteita

Yksi Suomen terveyspalvelujärjestelmän kulmakivistä on palvelujen universaalius ja laaja palveluverkko. Universalismin yksi keskeinen tavoite on taata tehokkaat ja toimivat terveyspalvelut kaikille kansalaisille tasapuolisesti (Vallgård ja Lehto 2010, 256). Tasapuolisuutta voidaan tarkastella usean eri indikaattorin avulla. Seuraavassa esitetään Suomen terveyspalvelujärjestelmän haasteita eri näkökulmista: eri sosioekonomisten ryhmien ja maantieteellisten alueiden välillä sekä pohditaan hoidon saavutettavuutta ja odotusaikoja hoitoon pääsyyn. Kappaleen lopussa peilataan nykykehitystä Suomen terveydenhuollon järjestämisen historiaan.

Vaikka Suomessa terveydenhuolto on kansainvälisesti tarkasteltuna monella mittarilla huippuluokkaa, ovat terveyseromme erityisesti sosioekonomisten ryhmien välillä varsin suuret. Esimerkiksi OECD-maiden vertailussa (van Doorslaer ym. 2006) havaittiin, että Suomen terveyspalvelujärjestelmä suosii hyvätuloisia, kun indikaattorina käytetään lääkärikäyntien määrää. Ero ei poistunut, vaikka vakioitiin hoidon tarpeen mukaan. Kirjoittajat esittävät yhdeksi mahdolliseksi selittäjäksi Suomen varsin vahvassa asemassa olevaa yksityissektoria. Vaikka usein tilastojen perusteella saattaakin näyttää, että eri sosioekonomiset ryhmät ovat eriarvoisessa asemassa terveyspalvelujen suhteen, on luvuille muitakin selityksiä. Vuorenkoski ym. (2008, 21) muistuttavatkin, että osa eroista selittyy kuntien toi-

sistaan poikkeavalla ikärakenteella, sairastavuudella ja esim. yksityisten palvelujen käytöllä.

Myös Lumme ym. (2017) löysivät viitteitä tästä hyvätuloisia suosivasta trendistä, kun tarkastelun kohteena oli ohitusleikkausten määrä eri sosioekonomisille ryhmille. Heidän tutkimuksessaan korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville miehille tehtiin enemmän ohitusleikkauksia kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleville. Naisilla tarpeeseen suhteutettuna löydettiin samankaltaisia tuloksia, joskaan ero ei ollut yhtä selvä kuin miehillä. Sekä Keskimäki ym. (1997) että Teperi (2006, 177) vahvistavat tämän tulokset, ja heidän mukaansa Suomen terveyspalveluiden saatavuudessa onkin hyvätuloisia suosivia elementtejä, kuten helpompi lääkäriin ja psykoterapiaan pääsy kuin pienituloisilla. Hammashoitopalveluiden käytössä todettiin Terveys 2000-tutkimuksessa ja Vuorenkoski (2008, 120) mukaan niin ikään samansuuntaisia tuloksia. Korkeammasta tuloluokasta kävijöitä hammashoidossa oli eniten, ja trendi oli lineaarinen läpi kaikkien tutkimuksen viiden tuloluokan (mitä alempi tuloluokka, sitä vähemmän kävijöitä). Tarkastellessa terveyskeskushammaslääkärillä käyntejä, trendi oli päinvastoin, eli pienituloisia kävi julkisessa hoidossa enemmän. Odotetusti yksityishammaslääkärillä kävi eniten hyvätuloisia. (Häkkinen ja Alha 2006, 59.)

Huolimatta siitä, että Suomessa oikeus hoitoon on kirjattu lakiin ja sen edessä kaikkien asukkaiden tulisi olla tasavertaisia, on terveyspalveluissa ja terveydessä alueellisia ja maantieteellisiä eroja (Ryynänen ym. 80-82). Itä- ja Pohjois-Suomessa sairastetaan enemmän, kuollaan useammin ennenaikaisesti ja kuolleisuus on suurempaa. Jakolinja on graavi ja etenee johdonmukaisesti siten, että mitä lännempänä ja etelämpänä Suomessa asuu, sitä terveempiä ollaan. (Parikka ym. 2017, 2-3; Luoto ym. 2000, 155.) Terveyspalvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa on näin ikään eroja: esimerkiksi Kainuussa, jossa väestön ikärakenne on huoltosuhteeltaan huonoin, on myös lääkärivaje suurta. Hieman yllättäen kaikkein eniten lääkärivajetta terveyskeskuksissa on Vaasassa, mikä voi johtua kaksikielisyyden vaatimuksesta. Kainuu on lääkärivajeessa sijalla 2. (Lääkäriliitto 2016.)

Yksilön kohdalla tasavertaisuutta voidaan tarkastella myös mittaamalla hoidon saatavuutta, jonka yksi osoitin on odotusaika (Goddard ja Smith 2001, 1151). THL tilastoi jatkuvasti hoitoon pääsyn odotusaikoja erikoisaloittain. Tuoreimmassa katsauksessa maaliskuulta 2017 käy ilmi, että Kainuussa, Varsinais-Suomessa ja Uudellamaalla lääkärin avosairaanhoidon pääsy on heikointa, kun tarkastellaan yli 90 päivää hoitoa odottaneiden potilaiden

määrää. Vastaavasti Etelä-Savossa ja Lapissa oli tarkastelujaksolla nopein hoitoon pääsy. (THL 2017c.) Pelkän odotusajan kvantitatiivisen tarkastelun lisäksi hoitoon pääsyä voidaan arvioida myös laadullisesti: Vaarama, Moisio ja Karvonen kysyivät tutkimuksessaan (2010) ihmisten mielipidettä hoitoon pääsyn odottamisesta. Vuosina 2004-2009 viimeisen 12 kk:n aikana vastaajista 8-13 % oli mielestään odottanut terveyskeskuslääkäriin pääsyä kohtuuttoman kauan.

Suomen maantieteellinen laajuus asettaa jo itsessään infrastruktuuriin kytkeytyviä haasteita hoidon saavutettavuudelle. Oulun yliopiston maantieteen tutkimusyksikön arvion mukaan nykyisessä, 20 sairaalan (kaikki yliopisto- ja keskussairaalat mukaan lukien) mallissa keskimääräinen matka-aika sairaalaan on 27 minuuttia. 65 % käynneistä tulee alle puolen tunnin etäisyydeltä sairaalasta, 25 % 30–60 min etäisyydeltä ja 8 % yli tunnin matkan etäisyydeltä. (Lankila ym. 2016 32-33). Yli tunnin päässä sairaalasta asuva kahdeksan prosenttia väestöstä vastaa 440 000 henkilöä (Tilastokeskus 2016). Alueellinen epätasa-arvo on tässäkin suhteessa suurta: yli 100 000 asukkaan kaupungeissa keskimääräinen matka joko julkisen tai yksityisen terveystalouden piiriin oli vain 1-3 kilometriä (Vuori 2008). Suomen maantiede huomioon ottaen on selvää, että täydellistä yhdenvertaisuutta esim. palvelujen etäisyydessä loppukäyttäjän luo ei voida saavuttaa. Harvaan asutuilla seuduilla matkat terveydenhuoltoon ovat jo nyt pitkät ja lisäksi esimerkiksi joukkoliikenteen tarjonnan erot asettavat ihmisille erilaisia vaatimuksia siihen nähden, miten helposti hoitopaikka on saavutettavissa.

Alueellisuuden näkökulmasta Suomessa on maantieteellisistä eroista huolimatta tehty varsin pitkäjänteistä työtä laajan alueellisten palvelujen saatavuuden turvaamiseksi. 1970-luvulla aloitettu valtionosuusuudistus sai aikaan sen, että kuntien yksilölliset taloudelliset piirteet tai ongelmat eivät enää voineet olla syynä eri kuntien erilaiseen hoitoon pääsyyn tai terveystalouden tarjontaan (Keskimäki, Salinto ja Aro 1995, 425). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneperustusten valtionosuuksien yksi tarkoitus oli ollut toiminnan ennustettavuuden lisääminen (Saari 2017, 43).

Hyvin toiminut korvamerkittyjen valtionosuuksien järjestelmä kuitenkin purettiin 1990-luvun alussa ja järjestelmää muutettiin siten, että rahalliset valtionosuudet tulivat kunnille nyt yhtenä isona rahasummana. Näin kunnilla ei ollut enää insentiiviä käyttää valtionosuuksia nimenomaan terveydenhuollon kehittämiseen, johon aiemmin oli nimetty omat varansa valtion taholta (Häkkinen ja Lehto 2005). Näin valtion suurin ohjauskeino kuntien tervey-

denhuoltoon poistui ja kuntien autonomia (ja erot terveydenhuollon järjestämisessä) lisääntyivät (Ståhl ja Rimpelä 2010, 26). Huhtasen ym. (2005) mukaan valtionosuusjärjestelmän uudistus ei kuitenkaan lisännyt terveyseroja niin paljon kuin jotkut pelkäsivät, vaan valtionosuusjärjestelmän tasausominaisuuden avulla pystyttiin paikkaamaan muutoksia (ks. myös Keskimäki, Manderbacka ja Teperi 2008, 50). Huhtasen ym. mukaan alueellisia eroja selittääkin enemmän hoidon tarpeen vaihtelut ja erilaiset alueelliset hoitokäytännöt kuin pelkästään resurssien allokointi (Huhtanen, Rinteperi ja Karvonen 2005, 132; Tuomainen ja Tuomainen 2003).

Edellä esitetyt tulokset terveyseroista ja saatavuuden eroista eivät ole kiistattomia. Silti yhteiskunnassamme näyttää esiintyvän huolestuttava trendi siitä, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat pysyvät terveempinä, elävät pidempään ja saavat parempaa ja useammin hoitoa. Terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta tulisi kiinnittää erityistä huomiota syihin, miksi alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat tai haavoittuvat ihmisryhmät eivät saa tai hakeudu hoitoon yhtä usein kuin paremmassa asemassa olevat. Jonotusajat ovat yksi todettu syy, johon tulevassa sote-uudistuksessa yritetään pureutua. Epätasa-arvo jonotusajoissa horjuttaa suomalaisten terveyspalvelujen universalismin luonnetta, erityisesti kun hoitajajonoissa terveydentila saattaa huonontua merkittävästikin. Myöskään hoitotakuu ei kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla toteudu. Kun lisäksi hyvinvointivaltion periaatteisiin kuuluu, että hoitoa tulee olla saatavilla tulotasosta huolimatta, on järjestelmän pyrittävä paremmin vastaamaan eri sosioekonomisten ryhmien hoidon tarpeeseen.

2.3 Suun terveydenhuolto ja oikomishoito

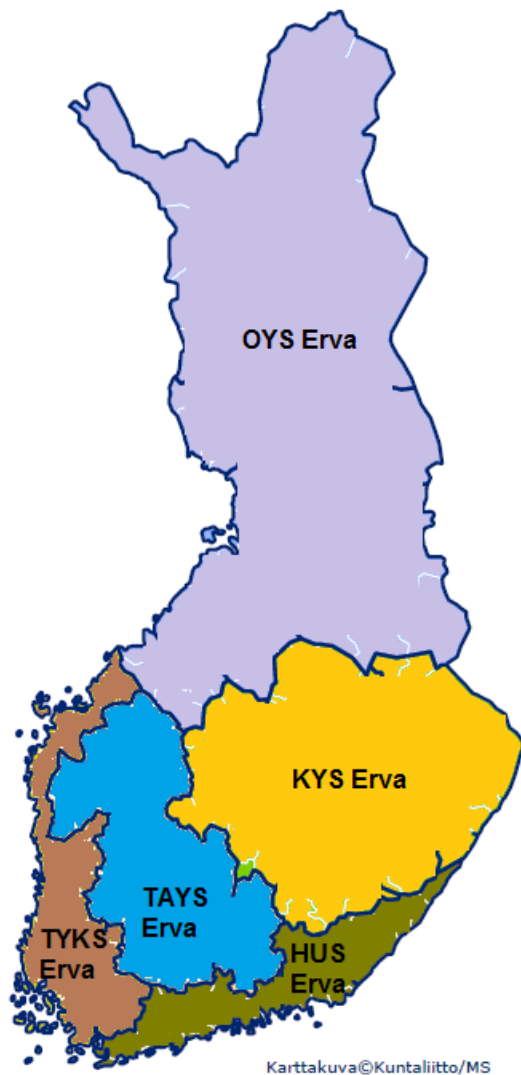
Suun terveydenhuolto on osa perusterveydenhuoltoa kaiken ikäisille, ja näiden palvelujen järjestäminen kuuluu Suomessa kuntien vastuulle. Kunnat järjestävät suun terveydenhuoltoa pääasiassa omissa terveyskeskuksissaan, mutta palveluja voidaan myös ostaa yksityiseltä toimijalta tai tuottaa kuntayhtymän voimin. (STM 2016b.) Noin 1,8 miljoonaa ihmistä käytti kuntien suun terveydenhuollon palveluja vuonna 2014 (THL 2016b). Lisäksi Suomessa on varsin voimakkaassa asemassa yksityissektori, joka tuottaa paljon suun terveydenhuoltopalveluita suoraan asukkaille. Kela korvaa yksityisiä suun terveydenhuollon palveluita potilaille. Vuosina 2009-2015 noin miljoona ihmistä vuodessa sai Kelan myöntämää korvausta yksityisestä hammashoidosta. (Kela 2016.)

Suun terveydenhuolto on moninainen hammaslääketieteen ala, johon kuuluu perushoidon lisäksi useita eri erikoisaloja kuten suu- ja leukakirurgia, protetiikka ja oikomishoito (Puolijoki ja Tuulonen, 22). Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt kiireettömään hoitoon pääsyn kriteerit, joita kuntien tulee pyrkiä noudattamaan (STM 2010, 180), mutta kunnat ja sairaanhoitopiirit kuitenkin toteuttavat eri erikoisalojen suun terveydenhoitoa omista resursseistaan käsin. Esimerkiksi oikomishoitoa tarjotaan kunnissa resurssien mukaan lähinnä alle 18-vuotiaille, mutta tietyt kriteerit täytettyään myös aikuispotilaiden tulisi olla oikeutettuja oikomishoitoon (Widström ja Nihtilä 2004, 393). Oikomishoidoksi kutsutaan hammashoitoa, jossa hampaiden ja leukojen asemaan pyritään vaikuttamaan hampaisiin kiinnitetyillä tai irrotettavilla oikomiskojeilla (Kleemola-Kujala ym. 2008, 585).

Oikomishoito on yksi hammaslääketieteen erikoisala, ja resursseja tarkastelemalla se on suun terveyden erikoissairaanhoidossa melko tärkeä ala. Vuoden 2017 työvoimatilaston mukaan erikoishammaslääkäriskoulutuksesta koko Suomessa valmistui kuitenkin vuosina 2000-2017 vain keskimäärin kuusi oikomishoidon erikoishammaslääkärinä per vuosi, yhteensä 107 oikojaa. Kaikista tarkasteluvälillä valmistuneista erikoishammaslääkäreistä oikomishoidon erikoishammaslääkärit muodostivat kuitenkin neljänneksen (26%). (Suomen hammaslääkäriliitto 2017).

2.3.1 Suun terveyden erikoissairaanhoito

Suomessa suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoito on tähän saakka ollut keskitettynä sairaaloihin. Hoitoa on järjestetty sekä keskussairaaloissa (n=15) että yliopistosairaaloissa (n=5), joissa hoitoa toteutetaan suu- ja leukasairauksien poliklinikoilla eli suupoleilla (Suomen suupolit, liite 1). Keskussairaalaverkosto on rakentunut maakunnittain, minkä lisäksi Suomi on jaettu viiteen erityisvastuu- eli erva-alueeseen, joista jokaisessa sijaitsee ja pääosan vaativasta hoidosta toteuttaa yliopistosairaala (STM 2017d, kuva 1). Hoitopaikkaverkosto on siis varsin laaja. Suupoleilla hoidetaan mm. suun ja leuan alueen murtumia ja muita tapaturmia, suun limakalvosairauksia, suusyöpiä ja purennan ongelmia (PSHP 2017a, HUS 2017a). Oikomishoito kuuluu osaksi purennan hoitoa ja vaikuttaa hampaiston ja leukojen toimintaan sekä hampaiden suotuisaan ulkonäköön (Gulati ym. 2016, 126).



Kuva 1 Sairaanhoidon erityisvastuualueet (2015)

Hampaiden oikomishoidosta puhuttaessa tulee erottaa oikomishoito, joka tehdään perusterveydenhuollossa eli kunnan hammashoitolassa sekä yksityisillä hammaslääkäriasemilla ja erikoissairaanhoido, joka tehdään sairaalassa (STM 2016b). Erikoissairaanhoidon oikomishoitoon pääsyn kriteerit on määritellyt sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä. Ol-lakseen oikeutettu purennan hoitoon Suomen erikoissairaanhoidossa tulee potilaan täyttää vähintään kaksi seuraavista kriteereistä: leukojen alueella huomattava luustollinen epäsuhta, vaikea purennallinen epäsuhta, muu hoitoon vaikuttava sairaus kuten uniapnea tai reuma, toiminnallinen merkittävä haitta kuten syömisvaikeus tai hoidon tulee olla usean eri erikoisalan yhteistyötä vaativa, käytännössä usein kirurgiaa ja oikomista vaativa. (STM

2010, 180.) Oikomishoidon ja kirurgian yhdistelmällä toteutettua hoitoa kutsutaan ortognaattiseksi hoidoksi. Ortognaattinen kirurgia on hampaiden oikomishoitoon liittyvää kirurgiaa, jossa tavoitteena on luoda potilaan hampaistoon toimiva purenta sekä kasvoille harmoniset piirteet ja profiili (Laine 2008).

Tulevan sote-uudistuksen myötä myös suu- ja leukasairauksien hoidon järjestämisessä tulee mitä luultavimmin tapahtumaan muutoksia. Tuore STM:n raportti kertoo suunnitelmista, joiden mukaan suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoidoa tulisi keskittää porrastetusti eri sairaalatasoille hoidon vaativuuden, harvinaisuuden tai eri erikoisalojen hoidon tarpeen mukaan (Konki ja Laine 2017, 2). Sote-uudistuksessa sairaalaverkkoa ja erityistason sote-palveluja tullaan uudistamaan (Pöysti 2016, 4), mutta vielä ei olla julkistettu yksityiskohtia tai päätöksiä siitä, miten.

Onkin mahdollista ja jopa todennäköistä, että suupolien verkosto voi tulla jatkossa kaventumaan. Lisäksi jos Konkin ja Laineen (2017) raportin suositus käy toteen, tullaan hoitoa järjestämään perustuen muihinkin tekijöihin kuin alueelliseen saatavuuteen. Samoin toimitaan jo nyt muilla erikoissairaanhoidon aloilla, kun esimerkiksi koko Suomen elinsiirrot on keskitetty Suomessa Helsingin HUS:in (HUS 2017b) ja huuli- ja suulakihalkioiden hoito näin ikään HUS:in, huuli- ja suulakikeskus HUSUKE:en (HUS 2017c), vaikka matka Uudenmaan ulkopuolelta (esim. Lapista) HUS:n toimipisteisiin voi olla yli tuhat kilometriä. Vaativan erikoissairaanhoidon keskittämistä onkin perusteltu tutkimuksen tai hoidon edellyttämällä erityisosaamisella tai hoidettavan taudin/tilan harvinaisuudella (Valtokari 2015, 27).

Resurssien näkökulmasta lienee perusteltua, että erittäin vaativat toimenpiteet edellä kuvastusti keskitetään, ja potilas viedään hoidon luo eikä päinvastoin. Tulee kuitenkin pohtia, mikä on potilaalta vaadittavan kohtalaisen etäisyyden hoitopaikkaan ja annettavan hoidon välttämättömyyden suhde. Elinsiirtojen keskittäminen on potilaalle helppo perustella, koska kyseessä on laaja ja vaikea toimenpide, jota harva tarvitsee edes kerran elämässään. Tällaista hoitoa varten pitkänkin matkan kulkemiseen on helppo motivoitua, koska toimenpide on aina välttämätön.

Asetelma kuitenkin muuttuu, kun aletaan puhua vähemmän välttämättömästä, jopa elektii-visestä erikoissairaanhoidosta kuten usein oikomishoito on. Vaikka oikomishoito erikoissairaanhoidossa on aina terveydellisesti perusteltua, ei sen välttämättömyys ole samaa luok-

kaa esimerkiksi elinsiirron kanssa. Niinpä pitkä matka hoitopaikkaan voi muodostua esteeksi hoitoon alkamisen halukkuuteen, erityisesti oikomishoidon kaltaisessa hoidossa, jossa hoito voi kestää vuosia ja vaatii usein toistuvia käyntejä. Varsinkin ikääntyneillä hoitoon sitoutuminen on yhteydessä pitkään matkaan kotoa hoitopaikkaan (LaVela 2004, Mooney 2000), ja pitkä matka voi erityisesti pitkäkestoisissa, paljon käyntejä vaativissa hoitajaksoissa (esim. syöpähoidot) vähentää potilaan sitoutumisen lisäksi vähentää hoidon tehokkuutta (Kobayashi, Otsubo ja Imanaka 2015). Halukkuuteen vaikuttavat myös matkanteen sujuvuus hoitopaikkaan ja töistä poissaolosta johtuva ansionmenetys. Usein toistuva hoito tulisi pyrkiä järjestämään mahdollisimman lähellä potilasta. (Konki ja Laine 2017, 10-11.)

2.3.2 Oikomishoidon merkitys

Oikomishoidolla on osoitettu olevan yhteyttä sekä terveyteen että elämänlaatuun. Korjaamaton luustollinen epäsuhta, jota oikomishoidon ja kirurgian yhdistelmällä voidaan hoitaa, voi vaikuttaa potilaan elämänlaatua huonontamalla sosiaalisia suhteita ja vaikuttamalla epäedullisesti persoonallisuuden kehitykseen. (Schmidt ym. 2013). Dimbergin, Arnrupin ja Bondemarkin katsausartikkelissa (2014, 4) saatiin samankaltaisia tuloksia. Hoitamaton, oikomista tarvitseva hampaisto vaikutti negatiivisesti emotionaaliseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Hampaiden ja kasvojen ulkonäön parantuminen on oikomishoidon tervetullut vaikutus, ja Pietilän (1998, 63-65) väitöskirjatutkimuksessa 45-61% 15-16 vuotiaista mainitsi tämän tärkeimmäksi syykseen lähteä oikomishoitoon.

Taasen Mohlin ym. (2007) painottavat oikomishoidon indikaattoreista puhuttaessa, että käsitykset normaalista ja ihanteellisesta purennasta vaihtelevat. Vaikka yksilötasolla erityisesti etuhampaiden asentovirheet voivat aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia (esimerkiksi kiusaamista teini-ikäisillä) ja oikomishoidolla voidaan parantaa yksilöiden minäkuvaa, on näyttö purennan poikkeamien ja psyykkisten kärsimysten välillä vielä puutteellista.

Erikoissairaanhoidossa tehtävällä suu- ja leukakirurgialla on riittävää tieteellistä näyttöä päänsärkyjä ja leukanivelongelmia vähentävästä vaikutuksesta (Pahkala ja Heino 2004, Panula ym. 2000) ja vaikutuksesta hammastapaturmien ehkäisyssä, hammasjuuren sulamisen estämisestä sekä hampaiden esteettisestä puutteellisuudesta johtuvien psykososiaalisten ongelmien ehkäisyssä (SBU 2005, Mohlin ym. 2007). Korjaamattoman purennan

vaikutuksesta pureskelukykyyn ja –voimaan on saatu näyttöä (Marquezin, Kobayashi, Montes, Gavião ja Castelo, 2013).

2.3.3 Suun terveyden erikoissairaanhoidon alueelliset erot

Erikoissairaanhoidon suun terveydenhoidon tutkimusta on tehty suusairauksien erikoissairaanhoidosta yleensä, mutta tämä kattaa myös muita suun hoidon aloja (mm. suukirurgian). Viime vuosilta on saatavilla mm. *Erikoissairaanhoito suun terveydenhuollossa 1996-2013 – raportti* (Männistö, Virtanen ja Widström 2014), jossa kuvataan kattavasti tilastotietojen avulla suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon kehitystä sairaanhoitopiireittäin. Raportti kertoo muun muassa, että suupolien avohoitokäynnit ovat lähes kolminkertaistuneet 1996 – 2011.

Tulokset ovat linjassa Rehusen ym. raportin (2016) arvion kanssa, jossa arvioidaan kaikkien erikoissairaanhoidon käyntien koko Suomessa kasvavan lähitulevaisuudessa 13% (Uudellamaalla kaikkien terveydenhuoltopalvelujen tarve jopa 20%) väestön ikärakenteen muuttuessa vanhempaan suuntaan. Edellä mainitut tilastot eivät kuitenkaan välttämättä kuvaa ikätrendiä suun terveyden erikoissairaanhoidossa kovin hyvin, sillä kaikkien suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoidon potilaiden keski-ikä ei ole kovin korkea (52 vuotta vuonna 2015, 46 vuotta vuonna 2011 ja 38 vuotta 2008), joskin keski-ikä näyttää olevan selkeästi nouseva (THL 2017d, THL 2012, 29 ja THL 2010, 21). Oikomishoidon potilaiden kohdalla tilastointi on ko. raporteissa vaihtelevaa, mutta vuonna 2015 erikoissairaanhoidon oikomishoidon potilaiden keski-ikä koko maassa oli 22 vuotta, eli oikomishoidon potilaat erikoissairaanhoidossa ovat varsin nuoria (ks. myös tässä tutkielmassa kpl 6.1).

Männistön ym. (2014) raportissa TAYS:n erva-alueella niin suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon avohoidon potilaskäyntejä kuin myös erikoishammaslääkäreitä oli vähiten alueen väestöön nähden. TAYS:n erva-alueella tuhatta asukasta kohti avohoitokäyntejä oli vuosina 2006-2011 16,6, kun esimerkiksi TYKS:n erva-alueella avohoitokäyntejä oli 25,3/ tuhat asukasta/ vuosi. TAYS:n alueella potilaskäynnit lisääntyivät 2006-2011 erva-alueista eniten, keskimäärin 4,7 käyntiä vuodessa/tuhat asukasta (taulukko 1). Pelkän käyntimäärän perusteella tosin ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä järjestelmän toimivuudesta, tätä analyysia varten tulisi olla saatavilla tietoa myös mm. resursseista, hoidon tarpeesta ja alkaneista hoidoista.

Erikoishammaslääkäreiden määrä (sisältäen kaikki erikoisalajat) oli TAYS:n erva-alueella niin ikään erva-alueiden pienin, vain 1,1 erikoishammaslääkäriä/10 000 asukasta (vrt. esim. OYS 2,8/10 000 as) (taulukko 1). Kirjoittajien mukaan TAYS:n erva-alue ei ole pysynyt vastaamaan väestönkasvusta johtuvaan lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen, mikä näkyy eroina muihin erva-alueisiin nähden. (Männistö, Virtanen ja Widström 2014, 24-26.) Raportti antaa kattavan kuvan suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidosta resurssien näkökulmasta. Se ei kuitenkaan käsittele oikomishoidon käyntejä erikseen, vaan kaikkia suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon erikoisalajoja yhdessä.

Taulukossa 1 on lisäksi esitetty oikomishoidon erikoishammaslääkärien eli oikojien määrä erva-alueittain (lähde: Suomen hammaslääkäriliitto 2017). Taulukosta käy ilmi, että vaikka kaikkien erikoishammaslääkärien määrässä väestöön suhteutettuna on melko suuriakin eroja, on oikojien määrä tasaisemmin jakautunut. Jokaisella erva-alueella on lähes yhtä paljon oikoja/10 000 asukasta. Hoidon saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellessa tulee kuitenkin ottaa huomioon erva-alueiden maantieteelliset erot (kuva 1). OYS:n erva-alue kattaa Suomesta pohjois-eteläsuunnassa noin puolet, mutta väestön määrä on vain 740 000. Pinta-alaltaan huomattavasti pienempi HUS:n erva-alue taas huolehtii lähes kahden miljoonan suomalaisen hoidosta (Kuntaliitto 2017a). Kuntakohtaisia tietoja oikoista ei ollut saatavilla.

Vertailun vuoksi taulukkoon 1 on koottu tietoa suu- ja leukasairauksien lähialalta ortopediasta ja ortopedian erikoislääkärien resurssista erva-alueilla (lähde: Lääkäriliiton tilasto 2016). Tiedoista käy ilmi, että erikoishammaslääkäreiden määrä verrattuna ortopedien määrään on väestöön nähden suurempi. Tuloksesta tulee kuitenkin ottaa huomioon, että erikoishammaslääkäreissä on mukana kaikki erikoisalajat, joten vertailu pelkästään oikojien ja ortopedien kesken on mielekkäämpää. Näiden kahden erikoisan erilaista hoidon tarvetta ei kuitenkaan ole huomioitu.

Taulukko 1 Asiakaskäynnit ja erikoishammaslääkärit erva-alueilla

Erva-alue	Käynnit ¹ / 1000 as/ vuosi vuosina 2006-2011	Erikoishammas- lääkärit/ 10 000 asukasta vuonna 2013	Oikojat/ 10 000 asukasta 2016	Ortopedian erikoislääkärit/ 10 000 asukasta vuonna 2016
HYKS (Helsinki)	13,7	2,0	0,3	0,9
TAYS (Tampere)	16,6	1,1	0,3	1,0
KYS (Kuopio)	20,6	1,5	0,2	0,7
OYS (Oulu)	22,4	2,8	0,3	0,8
TYKS (Turku)	25,3	2,7	0,3	0,9

¹ Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit

Widströmin, Niskasen ja Forssin selvitys *Erikoissairaanhoidona annettu suu- ja leukasairauksien hoito vuosina 2000-2005* (2007) kuvaa niin ikään henkilöstöresursseja suu- ja leukasairauksien poliklinikoilla eri sairaanhoitopiireissä ja myös alueellisia eroja hoidon tarjonnassa. Kumpikaan edellä mainittu raportti ei kuitenkaan pureudu erityisesti erikoissairaanhoidon oikomishoitoon eikä käsittele hoitojen käyttöä kuntatasolla. Konkin ja Lai-
neen (2017) tuoreessa raportissa sivutaan eniten tämän tutkielman kysymyksenasettelua. Kirjoittajat tarkastelevat hoitoon pääsyä odotusaikojen näkökulmasta (odotusaika konsultaatioon, lähetteen käsittelyaika ym.) sekä pohtivat resurssien jakamista suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa. Raportti ei kuitenkaan käsittele erikoissairaanhoidon käyttöä potilaan ja hoitopaikan välisen etäisyyden suhteen. Tämä pro gradu-tutkielma tuottaa-
kin uutta tietoa erikoissairaanhoidon käytöstä alueellisuuden näkökulmasta.

3 Sentralisaatio ja desentralisaatio terveydenhuollossa

Reuna-alueen kuntia kutsutaan tässä tutkielmassa periferiaksi, ja sen määritelmä on moninainen. Keskus-periferia-mallin mukaan keskus(kunta) on periferioiden eli reuna-alueiden tai maaseutupaikkojen keskus. Perifeerisyys tai keskuksena näyttäytyminen poikkileikkaa monia sosiaalisia, taloudellisia, kulttuurillisia ja poliittisia kuin myös puhtaasti maantieteellisiä merkityksiä (Grydehøj 2014, 206-207). Historiallisesti keskuksella ja periferialla on määritelmällisesti ollut kaksisuuntainen riippuvuussuhde; reuna-alueiden riippuvaisuus keskuksen toiminnoista ruokkii samalla myös keskuksen asemaa (Nevalainen 2014, 15-17), ja keskusta toimii yleensä alueensa poliittisena, taloudellisena ja kulttuurisena keskuksena (Aittola 2014, 23-25).

Sentralisaatiolla eli keskittämisellä (lat. *centralis*- keskikohta) kuvataan päätöksenteossa vallan keskittämistä hajauttamisen (desentralisaatio) sijaan. Palvelujen järjestämisessä noudatetaan samaa analogiaa. Alueellisesti sentralisoitua päätöksentekoa perustellaan yleensä tehokkuuden tavoittelulla, sillä resurssien käytön katsotaan olevan tehokkaampaa sentralisoidussa toimintamallissa (An ym. 2016; Albalade, Bel ja Fadega 2012), joskin sentralisaation vastustajat perustelevat myös desentralisaation olevan edellytys (valtion) tehokkaalle toiminnalle ja vaikuttavan päätöksenteon suoriutumiseen positiivisesti (Prysmakova 2016; Boyne 2003, 382). Vaikka julkisen vallankäytön ja suunnittelun keskiössä onkin palvelujen ja yhteiskunnan kehittäminen ja tehokkuuden lisääminen (Andrews ym. 2009), silti sentralisaatio-desentralisaatio- keskustelua hallitsee voimakas vastakkainasettelun diskurssi. Andrews (2009, 58-59) kuvaa edelleen hyvin, miten sentralisoidun ja desentralisoidun mallin päätöksenteko eroaa toisistaan; mitä keskitetympää päätöksenteko on, sitä hierarkkisempi vallan rakenne on ja päätöksenteko on etäämpänä yksilöstä ja on vähemmän osallistavaa.

3.1 Sentralisaatio ja desentralisaatio terveydenhuollon päätöksenteossa

Terveydenhuollossa keskittäminen ja hajauttaminen ovat keskeisiä kysymyksiä, jotka liittyvät aluepolitiikkaan. Pohjoismaissa kunnilla ja alueilla on ollut terveydenhuollossa laaja autonomia, vaikka esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestetty keskushallinnon kautta. Esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa terveyspalvelujen johtaminen on keskitettyä, mutta alueellisilla toimijoilla on valtaa itse päättää esim. palvelujen tarjonnasta (Brown ym. 2014),

Norjassa päätöksenteko on vielä keskitetympää ja kaikki päävastuu terveyspalvelujen hallinnoinnista ja päätöksenteosta on ollut keskusvallalla vuosituhaten vaihteesta saakka (Saltman 2008). Suomessa terveys- ja sosiaalipalvelut on järjestetty lähellä ihmistä kunnissa (Kröger 2011, 148-149), joiden itsemääräämisasema erityisesti Suomessa on tähän asti ollut vahva (ks. aiemmin tässä tutkielmassa kpl 2.2.2).

Terveydenhuoltolaissa (L1326/2010 §10) säädetään, että terveyspalvelut on järjestettävä lähellä asukasta ja keskittäminen on perusteltua vain silloin, jos se laadun turvaamiseksi on tarpeen. Jäljempänä mainittua sääntöä sovelletaan erikoissairaanhoidon kohdalla, eli vaativa hoito on keskitetty sairaaloihin. Suun terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon oikomishoidon osalta hoito on niin ikään keskitetty keskus- ja yliopistosairaaloihin (ks. aiemmin tässä tutkielmassa kappaleet 2.3.- 2.3.1).

Kuntien omaa määräysvaltaa palvelujen järjestämisen suhteen puoltaa se, että pienemmissä yksiköissä alueen omat erityispiirteet ja -tarpeet on helpompi huomioida, mutta toisaalta valtiojohtoisessa järjestelmässä ainaisesti rajallisten resurssien jako voidaan ottaa paremmin huomioon (Tiihonen 2004, 267) ja esimerkiksi kalliin terveysteknologian hankinnassa keskittäminen on perusteltua (Kobayashi, Otsubo ja Imanaka 2015). Terveyspalveluissakin keskustelu hajauttamisen ja keskittämisen välillä käydään siis todellisuudessa eniten resurssien allokoinnin ja taloudellisten kysymysten pohjalta. On esitetty jopa, että Suomi on kaikista maista hajautunein, kun tarkastellaan terveydenhuollon järjestämistä. Selitystä on etsitty osittain siitä, että Suomesta on puuttunut alueellinen legitiimi toimija, ja vallan jako on ollut lähinnä kunnat-valtio- akselilla. (Häkkinen ja Lehto 2005, 79-81.)

Kunnat ovat toki edelleen riippuvaisia valtion taloudellisesta tuesta, mutta kunnat rahoittavat terveydenhuoltonsa valtaosaltaan itse kunnallisveron tuotoilla. Verotulon lisäksi terveyspalveluja rahoitetaan monista muistakin kanavista kuten asiakasmaksuilla, Kela-korvauksilla ym. (Vuorenkoski, Mladovsky ja Mossialos 2008, 58-59). Koska valtio ei ole aktiivinen toimija terveyspalvelujen järjestämisessä, on kunnilla ollut vapaus toteuttaa toimintaa omista lähtökohdistaan käsin. Tähän sekä terveydenhuollon monikanavarahoitukseen on lähivuosina tulossa merkittävä muutos, mikäli sote-uudistus yhdessä alueuudistuksen kanssa toteutuu (STM 2015).

3.2 Sentralisaatio ja desentralisaatio terveystaloudissa

Suomessa terveydenhuolto ja sen järjestäminen on tähän saakka ollut hyvin hajautunutta johtuen siitä, että terveydenhuolto on kuntien (n=311, Kuntaliitto 2017) vastuulla, ja edellä mainittu kuntien laaja itsemääräämisoikeus on mahdollistanut terveystaloudustoiminnan hyvin erilaisen ja eriytyneen kehittämisen eri alueilla, ja tämä eriytyneisyys on osaltaan vaikuttanut myös alueellisten terveyserojen kasvuun (Keskimäki 2003). Kunnissa järjestetään kuitenkin enimmäkseen perusterveydenhuoltoa, jonka fokus on varsin eri kuin erikoissairaanhoidon, jota tämä tutkielma käsittelee.

Suomen tuleva sote-uudistus pyrkii lisäämään hoidon laatua ja vertailtavuutta eri hoitopaikkojen kesken, vähentävän väestön terveyseroja ja lisäämään kansalaisten yhdenvertaisuutta. Vaikka aluksi sote-uudistuksessa oli kyse lähinnä perusterveydenhuollon vahvistamisesta, ovat poliittisten painopisteiden muututtua uudistussuunnitelmat alkaneet koskea myös erikoissairaanhoidon (Alueuudistus.fi 2017c). On huomionarvoista, että Suomen terveystaloudusjärjestelmän toimivimpia osia on perinteisesti ollut juuri erikoissairaanhoidon, ja Hammaslääkäriliiton kyselyn mukaan vuodelta 2013 suun terveyden erikoissairaanhoidon oikomishoidon tarve on valtakunnallisesti tyydyttävästi katettu (Konki ja Laine 2017, 15).

Suomen sote-uudistuksen tavoitteiden kaltaisia pohdintoja on käyty ja toimenpiteitä toteutettu mm. Japanissa, jossa erikoissairaanhoidon on järjestetty isojen alueellisten toimijoiden taholta juuri kustannusten hallinnan, laadun parantamisen ja yhdenvertaisuuden lisäämisen vuoksi. Vaikka laatua on saatu parannettua (esim. sairaalatekniikan keskittämisen kautta), ovat pidentyneet matkustusajat hoitoon tavoitteen vastaisesti lisänneet hoidon saamisen eriarvoisuutta. Kirjoittajat käyttivät potilaiden asumisetaisyyden lisäksi mittarina tasavertaisuutta kuvaavaa Gini-kerrointa. Heidän tutkimuksessaan erikoissairaanhoidon keskittäminen lisäsi matka-aikaa, mutta ei kuitenkaan merkittävästi nostanut Gini-kertoimen arvoa. (Kobayashi, Otsubo ja Imanaka 2015.) Etäisyydestä ja kulttuurieroista huolimatta Japani muodostaa kohtalaisen mielekkään vertailukohdan Suomeen, sillä molempien maiden ikärakenne, terveystaloudusjärjestelmän kehittyneisyys ja demografisen muutokset tuomat haasteet ovat monilta osin samankaltaiset (OECD 2015, 13-14).

Pohjoismaissa suunta on aiemmin ollut samansuuntainen. Norjassa valtio otti terveystalouduspalvelujen päätöksenteon ja järjestämisen takaisin itselleen alueilta vuonna 2002, ja maahan muodostettiin viisi terveystaloudusalueita. Syinä tähän muutokseen pidettiin terveystaloudus-

järjestelmän ongelmia kuten terveystalouden pirstaleisuutta (Tjerbo ja Kjekshus 2005), pitkiä odotusaikoja ja epätasa-arvoa sairaalapalveluissa eri alueiden asukkaiden kesken. (Hagen ja Kaarboe 2006, 320-321.) Ongelmat olivat siis varsin samanlaisia, joiden kanssa Suomessa painiskellaan edelleen (Teperi ym. 2009, 24, 29). Tällä hetkellä Norjan terveystalouden järjestäminen hoidetaan neljällä eri alueella, ja yksityiset toimijat ovat varsin voimakkaasti tulleet mukaan terveystalouksen markkinoille. Ongelmat odotusajoissa eivät kuitenkaan poistuneet 2000-luvun alun reformin myötä, vaan nyt ratkaisua ongelmaan etsitään valinnanvapauden lisäämisestä. (Brekke ja Straume 2017.) Valinnanvapauden ja yksityisten toimijoiden lisääntyessä, on Norjassakin noussut pelko keskittämisen vaikutuksista pitkiin matkoihin hoitopaikan ja potilaiden välillä (Ringard, Saunes ja Sagan 2016, 351).

Ruotsissa terveydenhuolto on järjestetty niin ikään alueittain, ja Suomen tulevassa sote-uudistuksessa ”Ruotsin mallia” pidetäänkin monesti esimerkkinä hyvästä aluemallista (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen 2015, 54-56). Ruotsissa terveydenhuollon järjestäminen on vuodesta 2010 ollut 21 alueen vastuulla. Huomionarvoista Ruotsissa on se, että perinteisesti alueellinen itsehallinto on ollut Ruotsissa hyvin vahvasti kunkin alueen nk. maakäräjillä. (THL 2016c.) Edelleen terveystalouksia järjestävillä alueilla on Ruotsissa varsin paljon vapauksia oman toimintansa suhteen, mikä liittyy alueiden veronkanto-oikeuteen. Tämä autonomia on johtanut siihen, että kunkin alueen toimintamallit ovat varsin erilaiset ja tavoitteiden toteutumista on tämän vuoksi vaikea arvioida. Kuitenkin potilaiden näkökulmasta hoitoon pääsy on parantunut ja koettu laatu lisääntynyt vuoden 2010 reformin myötä. (Winblad 2017.)

Suomi katsoo ahkerasti mallia muista Pohjoismaista suunnitellessaan omaa tulevaa sote-palvelujen järjestämistä. Viime vuosikymmeninä trendi näyttää naapureissamme kulke-
neen keskitettyä mallia kohti, ja keskusvetoiset terveystalouden järjestämismallit ovat Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa vahvistuneet (Tynkkynen, Saloranta ja Keskimäki 2016, 33). Erilaisille toimintamalleille esitetään runsaasti varsin kirjavia, monesti muita kuin suoraan terveyteen liittyviä, syitä. Suomessakin keskustelu keskittämisestä painottuu monesti valitettavan paljon poliittisiin tarkoituksiin ja alkuperäiset tavoitteet terveyserojen kaventamisesta jäävät monesti vähemmälle huomiolle (ks. mm. Puska 2017, Sihto 2013).

On tosin totta, että keskittämisen tai hajauttamisen suoria vaikutuksia ihmisten terveyteen on varsin vaikea näyttää toteen. Terveyteen vaikuttavat tekijät ovat huomattavasti monisyisemmät ja muutokset toteutuvat pidemmällä aikajänteellä verrattuna esim. keskuste-

luun päätöksenteon keskittämisestä. (Kinnunen ym. 167-168, 2007.) Edelliset kirjoittajat muistuttavat myös sentralisaatio-desentralisaatio- keskustelun määreistä yleensä: on eri asia keskustella keskittämisestä terveydenhuollon talouden, sen päätöksenteon tai palvelujen järjestämisen näkökulmasta. Lisäksi Kinnunen ym. muistuttavat, ettei minkään mallin sovellettavuus toiseen maahan ole aukotonta. Samaa pohti Winblad (2017) luennollaan, jossa hän kehotti suomalaisia Ruotsin mallin perään haikailevia ottamaan huomioon Suomen ja Ruotsin maantieteelliset ja taloudelliset eroavaisuudet. Ruotsi elää tällä hetkellä taloudessaan noususuhdannetta ja maan taloudelliset resurssit ovat varsin erilaiset kuin vieläkin lamasta toipuvalla Suomella (OECD 2017).

Tarkastellessamme terveydenhuollon keskittämistä ja hajauttamista voidaan edellä olevasta vetää yhteen se, että Pohjoismaiden ja esim. Japanin terveystalouden ongelmien ongelmat ovat varsin samankaltaisia. Suomessa ollaan sote-uudistuksen kanssa hieman ajallisesti muita Pohjoismaita jäljessä, mutta hyvin samantyyppiset kehityskulut ovat johtaneet reformeihin myös muissa maissa. Keskittämistä perustellaan Suomessakin monesti terveyshyödyillä, mutta mittarit niiden osoittamiseen ovat varsin vähäiset ja tutkittua tietoa ei ole tarjolla paljon. Meneillään olevaa keskittämiskeskustelua tulee edellä esitetyn valossa kuunnella kriittisellä korvalla.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän pro gradu-tutkielman tarkoitus on selvittää, miten erikoissairaanhoidon oikomishoidon käyttö jakaantuu potilaiden asuinkunnan perusteella.

Tutkielman tavoitteena on hahmottaa, onko Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä alueita, joilla oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytetään erityisen paljon tai erityisen vähän. Erityisesti halutaan selvittää, löytyykö käytössä eroa PSHP:n keskuskuntien ja reuna-alueiden (periferian) välillä. Alkuvaihteenä on, että alueen keskuskunnista käytettäisiin hoitoa enemmän kuin periferiasta. Lisäksi tarkastellaan eroja oikomishoidon käytössä asukasluvultaan eri kokoisten kuntien kesken. Lopuksi pohditaan sitä, mitkä oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytön alueelliset erot PSHP:n alueella johtuvat järjestelmästä, mitkä potilaista ja mitkä esim. maantieteestä.

Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidon alueellista yhdenvertaisuutta arvioidessa. Resurssien näkökulmasta tutkielma voi tarjota hyödyllistä tietoa myös hoitopaikkojen maantieteellisen verkoston päätöksentekoon.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Oliko oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytössä eroa PSHP:n keskuskuntien ja periferian välillä vuosina 2014-2016?
2. Miten asukasmäärältään eri kokoisista PSHP:n kunnista käytettiin oikomishoidon erikoissairaanhoidoa vuosina 2014-2016?

5 Tutkimusmenetelmät

5.1 Tutkimuksen konteksti

Tässä tutkielmassa ollaan kiinnostuneita oikomishoidon erikoissairaanhoidon alueellisesta käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) alueella, ja tutkielmassa tarkasteltu erikoissairaanhoidon toimipiste on Tampereen yliopistollisen sairaalan TAYS:n suupoli. Oikomishoidon erikoissairaanhoido Suomessa toimii samassa linjassa muun erikoissairaanhoidon kanssa rahoitus- ja lähetejärjestelmän suhteen. Konsultaatioon suupolille pääsee vain hammaslääkärin tai lääkärin läheteellä, toiminta katetaan verovaroin ja potilas maksaa hoidosta pelkän poliklinikkamaksun (PSHP 2017b).

Pirkanmaalla suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidosta vastaa pääasiassa TAYS:n suu- ja leukasairauksien poliklinikka suupoli. TAYS:n suupolilla toimii monien eri suu-, leuka- ja hammassairauksien ammattilaisia moniammatillisissa hoitotiimeissä. Mm. suu- ja leukakirurgia, oikomishoido, vaativa hammashoido kuten leukanivelten toimintahäiriöt, limakalvosairaudet ja suun alueen syövät, nukutushammashoido ja lasten vaativa hammashoido kuuluvat suupolin vastuualueeseen. (PSHP 2017a.) Suupoli toimii poliklininisesti virka-aikaan ja muina aikoina henkilökunta vastaa suu- ja leukasairauksien erikoisanalan päivystyksestä. Pientä osaa hoitovastuusta kantaa myös Valkeakosken sairaala, jossa tehdään

suun terveydenhuollon päiväkirurgiaa sekä Pitkänien sairaalan hammashoidon yksikkö, jossa hoidetaan pääasiassa Pitkänien sairaalan psykiatrisia potilaita. (PSHP 2017a, PSHP 2017c.) Tässä tutkielmassa käsitellään kuitenkin vain PSHP:n alueen oikomishoidon potilaita, jotka on hoidettu TAYS:n suupolilla.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 23 kuntaa, jotka yhdessä kuntayhtymänä omistavat Tampereen yliopistollisen keskussairaala TAYS:n. Sairaanhoitopiiriin kuuluu lisäksi viisi muuta sairaalayksikköä, ja sekä sairaanhoitopiirin jäsenkunnat että sairaalafasiliteetit sijaitsevat Pirkanmaan lisäksi muidenkin maakuntien (esim. Kuhmoinen Keski-Suomessa) alueella. (PSHP 2017d.) Sairaanhoitopiiri ei suoraan noudatakaan nykyisiä maakuntarajoja, vaan on oma, hallinnollis-maantieteellinen yksikkönsä. Tämän tutkielman aineistossa oli mukana potilaita 21 PSHP:n kunnasta.

5.2 Tutkimusaineiston muodostaminen

Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TAYS:n potilasrekisteriaineistoa käyttäen. Koska kyseessä on todellisten potilaiden tiedot, tarvittiin tutkimuslupa TAYS:n tutkimus- ja innovaatiopalveluilta. Tutkimusluvan saantia piti puoltaa TAYS:n henkilöstöön kuuluvan yhteyshenkilön, joka tässä tapauksessa oli suupolin ylihammaslääkäri. Tutkimusluvan lisäksi tarvittiin potilastietolupa, jotta tutkija sai katsella potilastietoja TAYS:n sähköisestä potilastietojärjestelmä Uranuksesta. Tutkija sai omat tunnukset ja kulkuluvan TAYS:n tutkijatilaa, jossa kaikki potilasaineiston katselu suoritettiin. Potilastietoja tunnistetiedoilla (potilaan nimi tai sotu) ei saanut tallentaa tai kuljettaa pois TAYS:n palvelimelta. Kaikki potilastiedot käsiteltiin TAYS:n tutkijatilassa ja koodattiin potilas-ID:lla sotun ja nimen sijaan, jonka jälkeen tietoja voitiin käsitellä myös muissa kuin TAYS:n tiloissa ja laitteilla.

Tutkimusaineiston muodostamista varten TAYS:n tiedekeskus toteutti pyynnöstä aineistopaiminnan, jonka perusteella potilastietoja kerättiin. Sisäänottokriteerit tutkielmaan valituille potilaille olivat seuraavat: Potilas on tullut TAYS:n suupolille läheteellä vuosina 2014-2016, lähettäjätaho ei ole unipoliklinikka ja läheteeseen merkitty erikoisala on oikomishoidon (lähetekoodina 58X) TAI lähetteen vastaanottajaksi on merkitty suupolin oikomishoidon erikoishammaslääkäri. Erikoisalakoodin määrittää lähettävä tahto. Erikoisalakoodi ohjaa potilaan lähetteen oikealle erikoissairaanhoidon osastolle ja oikeille hoitohenkilöille.

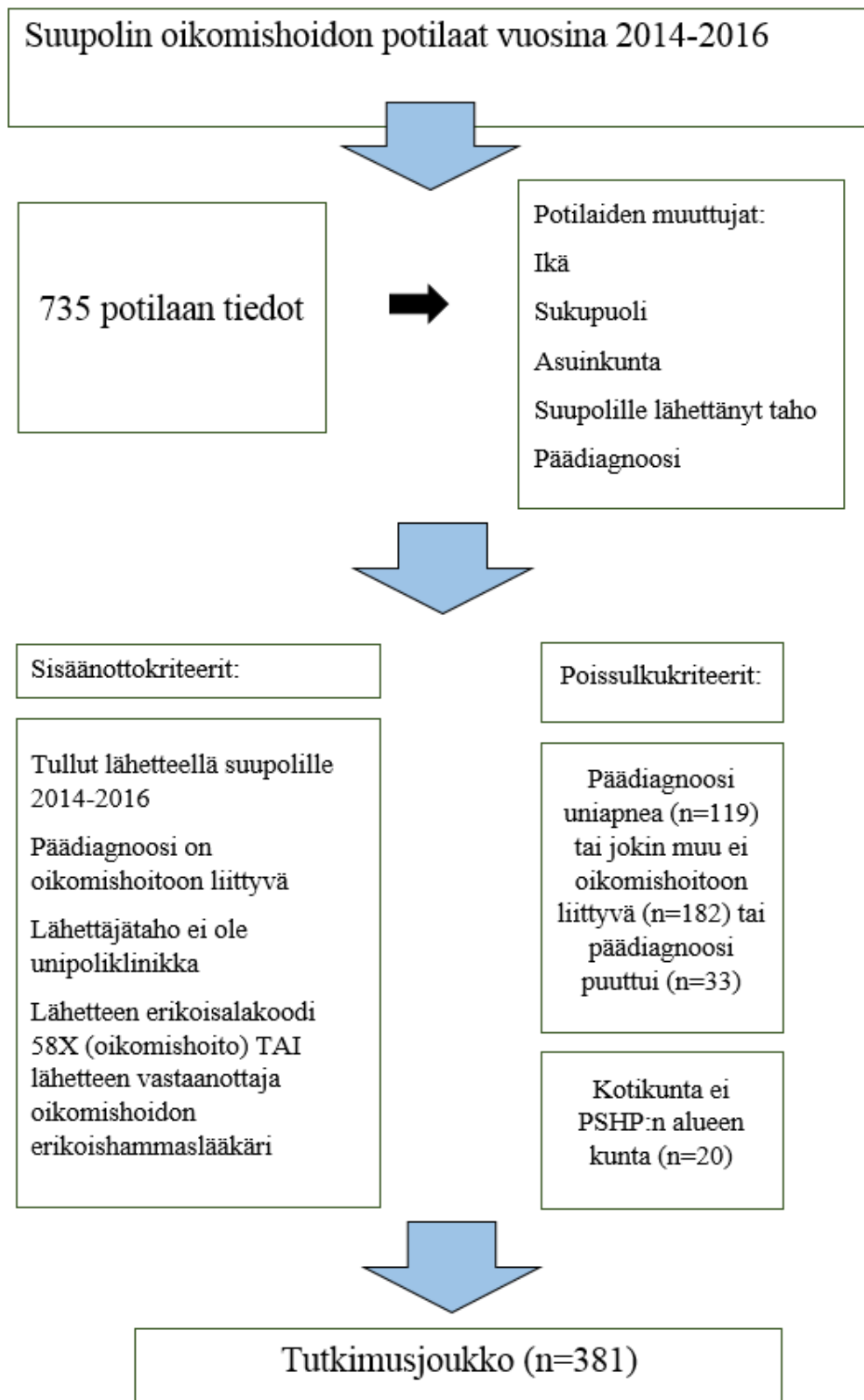
Erikoisalan ja vastaanottajan määrittely oli tilastopöiminnassa tärkeää siksi, että suupolilla hoidetaan myös muiden erikoisalojen kuin oikomishoidon potilaita, joista tässä tutkielmassa oltiin kiinnostuneita. Unipoliklinikan lähettämät potilaat päätettiin yhdessä suupolin ylihammaslääkärin kanssa rajata tutkielmasta kokonaan pois, koska unipoliklinikka lähettää oikomishoidon erikoishammaslääkäreille paljon potilaita, mutta näiden hoitona käytetään pääasiassa unikiskoa eikä oikomishoitoa. Näin ollen ko. potilaita ei voida katsoa pääasiallisesti oikomishoidon potilaiksi, ja nämä tiedot jätettiin tutkielman ulkopuolelle.

Sisäänottokriteerien vuosirajaus tehtiin perustuen suupolin omaan manuaaliseen kirjanpitoon potilasmäärästä suupolin oikomishoidossa vuosittain. Pyrkimyksenä oli saada sellainen määrä potilasdataa, joka tämän tutkielman resursseilla oli mahdollista käsitellä. TAYS:n tiedekeskukselta saatu aineisto sisälsi seuraavat tiedot: potilaan ikä, potilaan asuinkunta, potilaan sukupuoli, potilaan suupolille lähettänyt taho (yksityinen/kunta) ja potilaan päädiagnoosi. Potilaan asuinkunta ja ikä määritettiin läheteestä, jolla potilas oli suupolille lähetetty, vaikka asuinkunta olisi muuttunut tämän jälkeen.

Näin koottu raaka-aineisto sisälsi tiedot 735 oikomishoidon potilaalta vuosina 2014-2016. Tiedot saatiin tiedekeskukselta Excel-muodossa siten, että kaikki sisäänottokriteerit täyttävät potilaat oli listattu henkilötunnuksen mukaan ja näihin tietoihin oli liitetty em. muuttujat niiltä osin, kun ne kultakin potilaalta olivat saatavilla automaattisella tilastopöiminnalla. Tiedoissa oli jonkin verran aukkoja, esimerkiksi lähettävä taho puuttui usein tai se oli epäselvästi merkitty. Tämän vuoksi lähettävää tahoa ei alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen analysoitu tässä tutkielmassa.

Potilaalle määritellään läheteessä päädiagnoosi ja mahdollisesti muita lisädiagnooseja. Saadut 735 potilaan tiedot lajiteltiin päädiagnoosin mukaan, ja mukaan tutkielmaan otettiin vain ne potilaat, joiden päädiagnoosi oli oikomishoitoon liittyvä (THL 2011, ICD10-tautiluokitus). Jos potilaan päädiagnoosi oli esimerkiksi uniapnea eli ei oikomishoitoon liittyvä, potilas jätettiin tutkielmasta pois. 735 potilaasta 119:lla oli päädiagnoosina uniapnea ja 182:lla jokin muu, ei oikomishoitoon liittyvä diagnoosi. Pois jätettiin esimerkiksi huuli- ja suulakihalkiodiagnoosit, mutta mukaan otettiin leukanivelen toimintahäiriö-diagnoosit. Jaottelu tehtiin käyttäen tutkijan ammatillista harkintaa ja pohtien, minkälaisella diagnoosilla oikomishoito oli pääasiallinen hoitomuoto.

735 potilaan joukosta vähennettiin siis 119 päädiagnoosikseen uniapnean ja 182 muun päädiagnoosin saaneen potilaan tiedot. Lisäksi 33 potilaan tiedoista puuttui päädiagnoosi kokonaan. 20 potilaan kotikunta oli muu kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunta, ja nämä potilaat jätettiin tutkielmasta pois, koska määrä oli vähäinen ja alueellinen vertailu tehtiin vain Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Lopulta tutkielmaan päätyi 381 potilaan tiedot. Nämä potilaat muodostivat tämän tutkielman tutkimusjoukon. Aineiston muodostaminen on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2 Tutkimusjoukon muodostaminen

5.3 Tilastolliset menetelmät ja muuttujat

Tutkielman tuloksilla kuvataan alueellisia eroja erikoissairaanhoidon oikomishoitopalvelujen käytössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Aineiston avulla etsitään ja pohditaan syitä näihin eroihin, mutta syy-seuraussuhteen selvittäminen poikkileikkausaineistolla on varsin haastavaa, kun aika-otanta on lyhyt. Tutkielma tarjoaakin kuvailevaa tietoa vuosien 2014-2016 oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytöstä. Kuvaileva eli selittävä analyysi on yleinen menetelmä määrällistä aineistoa käyttäessä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2008, 219). Aineistosta on kuitenkin mahdollisuuksien mukaan laskettu korrelaatiota ja tulkittu sitä aineiston ominaisuudet huomioon ottaen.

Vaikka potilastiedot poimittiin TAYS:n potilasrekisteristä tätä tutkielmaa varten, ei tutkijalla ollut mahdollisuutta vaikuttaa saatavan tiedon muotoon. Tämä kuuluu olennaisesti rekisteritutkimuksen luonteeseen ja datan muoto vaikuttaa tiedon käsittelyyn (Rosén ja Hakulinen 2005). Aineistotyyppin perusteella tämä tutkielma voidaan luokitella rekisteritutkimukseksi, koska tutkielmassa hyödynnetään jo olemassa olevaa potilasdataa, vaikka poiminta tehtiinkin vain tätä tutkielmaa varten (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 181-182).

Tutkielmaa varten muuttujia muodostettiin tutkimusaineistosta useita. Koska tutkimuksessa haluttiin saada tietoa potilaiden asuinpaikan vaikutuksesta oikomishoidon käyttöön, muodostettiin seuraavia muuttujia: potilaiden perustietoja kuvattiin muuttujilla *potilaan ikä*, *sukupuoli*, *kotikunta*, *kunnan etäisyys TAYS:an* (Google karttapalvelu) ja *kunnan väkiluku* (Väestörekisterikeskus 2016). Potilasmäärää tarkasteltiin absoluuttisena *potilasmäärä kunnasta* ja suhteellisena *potilasmäärä/1000 asukasta*.

Aineiston käsittelyn helpottamiseksi kunnan väkiluvusta muodostettiin edelleen luokitteleva muuttuja: kunnat jaettiin väkiluvun perusteella viiteen luokkaan: *alle 5000 asukkaan kunnat*, *5000- 10 000 asukkaan kunnat*, *10 000- 50 000 asukkaan kunnat*, *50 000-100 000 asukkaan kunnat* ja *yli 100 000 asukkaan kunnat* (taulukko 2). Näin pystyttiin mielekkäästi käsittelemään hyvin eri kokoisten kuntien tietoja ja toisaalta säilyttämään potilaiden tietosuoja. Erityisesti pienistä kunnista saattoi olla vain muutama potilas, ja jos nämä tiedot olisi esitetty erikseen, olisivat potilaat saattaneet olla tunnistettavissa. Osassa tilastoanalyysija on laskentakaavoissa käytetty absoluuttista etäisyyttä (kilometrejä TAYS:an) ja kunnan tarkkaa asukaslukua, mutta esitettäessä potilasmääriä kunnittain samassa taulukossa, on etäisyys ja asukasluku ilmoitettu luokiteltuna.

PSHP:n kaikkien kuntien kokoluokat on esitetty taulukossa 2. Tarkastelujaksolla 2014-2016 potilaita oli tullut 21 kunnasta, PSHP:n alueen ollessa 23 kunnan laajuinen. Kahdesta kunnasta ei siis tullut seurantajaksolla potilaita lainkaan. Eniten kuntia on keskimmaisessä luokassa, 10 000- 50 000 asukasta, johon kuuluu 11 kuntaa. Yksikään PSHP:n kunta taasen ei ole kuulu kokoluokkaan 50 000-100 000 asukasta. Suurin ja ainoa yli 100 000 asukkaan kunta PSHP:n alueella on Tampere (väkiluku 225 118), PSHP:n pienin kunta väkiluvultaan on Juupajoki (1988 asukasta) (Väestörekisterikeskus 2016). Analyyseissa PSHP:n alueen kuntia verratessa tarkastellaan aina koko 23 kunnan kokonaisuutta, vaikka kaikista kunnista ei potilaita tarkastelujaksolla tullutkaan.

Taulukko 2 PSHP:n kaikki kunnat kokoluokittain

Asukasluku	Alle 5000	5000- 10 000	10 000- 50 000	50 000-100 000	Yli 100 000	
Kunta	Juupajoki Kuhmoinen Ruovesi Vesilahti Kihniö Urjala	Ikaalinen Orivesi Parkano Pälkäne Virrat	Valkeakoski Ylöjärvi Akaa Hämeenkyrö Jämsä Kangasala Lempäälä Mänttä-Vilppula Nokia Pirkkala Sastamala	-	Tampere	
						KAIKKI
Yhteensä osuus PSHP:n kunnista	6 kuntaa 26,0%	5 kuntaa 21,7%	11 kuntaa 47,8%	0 kuntaa 0%	1 kunta 4,3%	23 kuntaa 100%

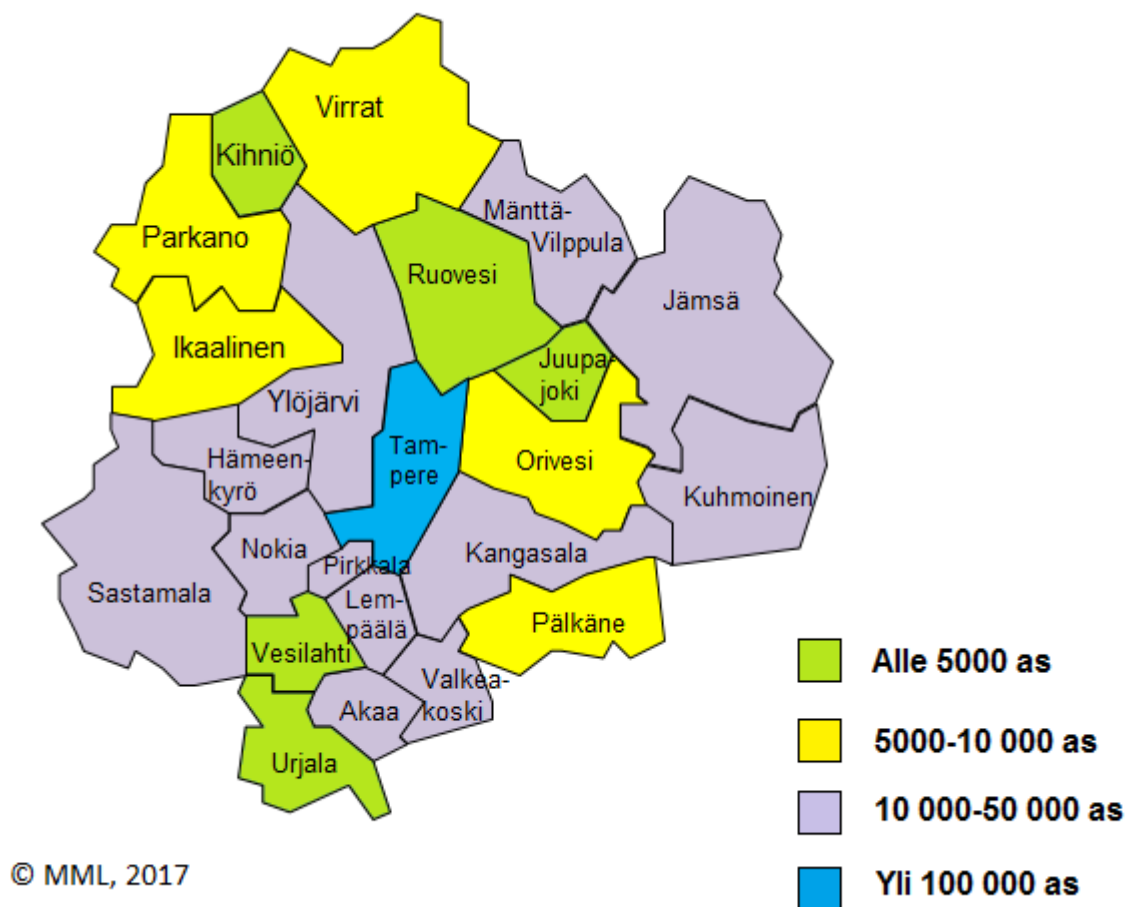
PSHP:n alueen kuntien asukasluvun (koon) hajonta on varsin suurta. Jo karkeasti luokitellen (taulukko 2) kuntien koosta muodostuu helposti neljä eri ryhmää, joihin kuuluu eri määrä kuntia. Ainoa yli 100 000 asukkaan kunta on Tampere, ja se on sekä PSHP:n että Pirkanmaan työssäkäyntialueen keskuskunta ja Suomen kolmanneksi suurin kaupunki (Kuntaliitto 2017b). Alle 5000 asukkaan kuntia on PSHP:n alueella kuusi (taulukko 2).

Asuinkunnan etäisyys TAYS:n luokiteltiin neljään luokkaan seuraavasti: 1: *alle 20 km*, 2: *20-50 km*, 3: *50-100 km* ja 4: *yli 100 km*. Kuntien lukumäärä etäisyysluokittain on esitetty taulukossa 3 (sis. kaikki PSHP:n kunnat).

Taulukko 3 PSHP:n kuntien lukumäärät etäisyysluokittain

Etäisyys TAYS:an	Kuntien määrä
1: Alle 20 km	5
2: 20-50 km	7
3: 50-100 km	9
4: Yli 100 km	2
Yhteensä	23

PSHP:n alueen kuntien kokoa ja etäisyyttä kuvasta 3 tarkastellessa nähdään, että kuntien koolla ja etäisyydellä TAYS:an (Tampereeseen) ei näytä olevan aivan selkeästi havaittavaa yhteyttä, joskin pienimmät kunnat pääosin sijaitsevat maakunnan reuna-alueilla ja Pohjois- ja Luoteis-Pirkanmaalla. Kuitenkin verrattain lähellä Tamperetta ja TAYS:a ovat pienimpään kokoluokkaan sijoittuvat Orivesi ja Pälkäne. Keskikokoiset eli 10 000-50 000 asukkaan kunnat ovat isolta osin Tampereen rajanaapureita, mutta niin PSHP:n itä- kuin länsireunalla on vielä useita tämän kokoisia ja myös pinta-alaltaan varsin laajoja kuntia kuten Jämsä, Kuhmoinen ja Sastamala. PSHP:n alueeseen kuuluu kaksi kuntaa, jotka eivät ole osa Pirkanmaan maakuntaa. Nämä kunnat ovat Jämsä ja Kuhmoinen, jotka molemmat kuuluvat Keski-Suomen maakuntaan (Kuntaliitto 2017c). Koska mikään PSHP:n alueen kunnista ei sijoitu luokkaan 50 000-100 000 asukasta, on tämä luokka jätetty pois kuvasta 3.



Kuva 3 PSHP:n kunnat kokoluokittain

Potilaan ikä luokiteltiin desiileihin alkaen 0 ikävuodesta ja viimeisen luokan ollessa yli 60-vuotiaat (taulukko 4). Viimeinen luokka muodostettiin eri tavalla kuin muut, koska 71-80-vuotiaiden desiiliin olisi kuulunut vain hyvin vähäinen määrä potilaita, ja tämä olisi lisännyt yksittäisen potilaan tunnistamisen riskiä. Monesti luokiteltaessa jatkuvaa muuttujaa (esim. ikä), jää viimeinen (ja ensimmäinen) luokkaväli muita pidemmäksi, jottei muodostu tyhjiä luokkia (Heikkilä 2008, 133).

Tutkielmassa oikomishoidon käytöksi katsottiin ensikäynti suupolilla, jolloin potilas on käyttänyt läheteellä saatua oikomishoidon erikoissairaanhoidon palvelua. Koska tutkielmassa oikomishoidon käyttöä tarkastellaan tasavertaisuuden kontekstissa, on ”portinvartijan” (ks. tässä tutkielmassa kpl 2.2) tekemän lähetteen jälkeen saatu erikoissairaanhoidon konsultaatio hoidon käytön indikaattori. Näin pystytään tarkastelemaan sitä, onko portinvartija-

systeemi eri PSHP:n alueilta tasavertainen eri kuntien potilaille. Aineistosta ei selvinnyt, alkoiko potilaan oikomishoito ensikäynnin jälkeen vai ei. Potilas saattoi esimerkiksi kieltäytyä hoidosta, hoito päätettiin aloittaa vasta myöhemmin (esim. lapsipotilaiden kohdalla) tai potilas ei suupolin arvion mukaan täyttänyt STM:n (2010) kiireettömän hoidon kriteerejä. Näin ollen tässä tutkielmassa tarkasteltu oikomishoidon erikoissairaanhoidon käyttö oli yhtä kuin 381 ensikäyntiä suupolilla.

Tuloksia analysoitiin ja kuvailtiin ristiintaulukoiden, korrelaation ja erilaisten graafisten ja kaumakuvaajien avulla. Tilasto-ohjelmoina hyödynnettiin IBM SPSS versio 25:a ja Microsoft Exceliä.

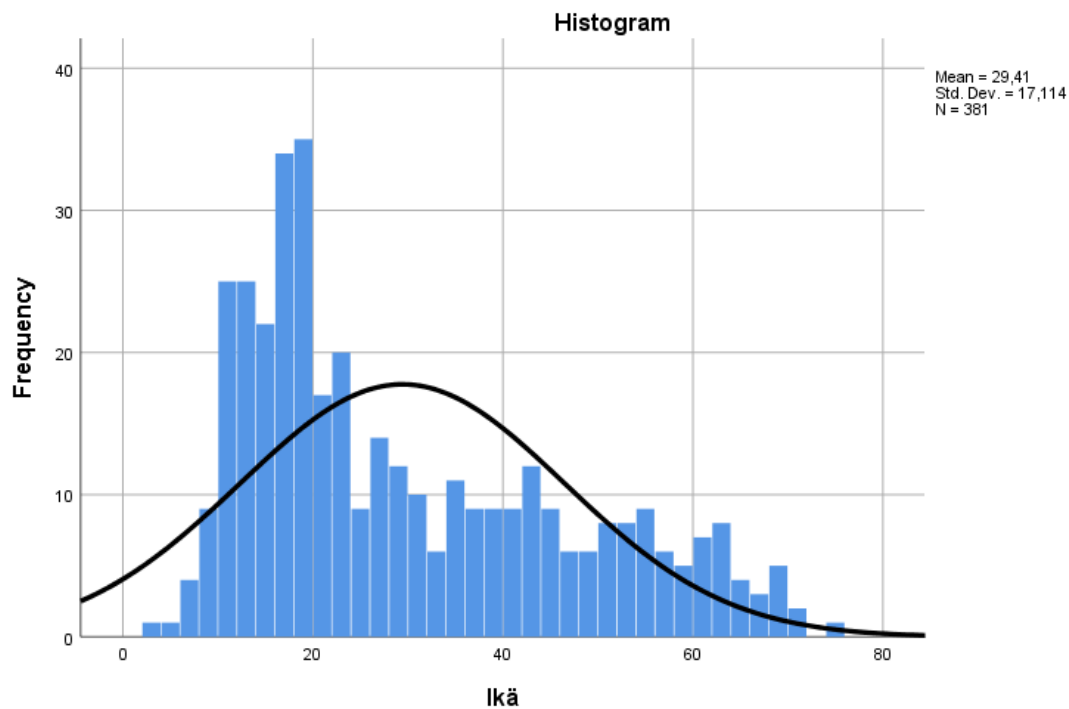
6 Tutkimuksen tulokset

6.1 Tutkittavien perustiedot ja tutkimusjoukon kuvailu

Kaikkien potilaiden (n=381) keski-ikä oli 29 vuotta. Tutkimusjoukossa oli 144 miestä (38%) ja 238 naista (62%). Miesten keski-ikä oli 28 vuotta, naisten keski-ikä 30 vuotta. Nuorin potilas oli 3-vuotias, vanhin 75-vuotias. Potilaiden iät luokiteltiin desiileihin, eniten potilaita oli ikäryhmässä 11-20— vuotiaat (n=141, 37 % kaikista potilaista), vähiten yli 60-vuotiaita (n=27, 7,1 % kaikista potilaista). Ikäjakauma on esitetty taulukossa 4 ja kuvassa 4. Kuvasta 4 nähdään, että potilaiden ikäjakauma oli painottunut nuorempiin ikäluokkiin.

Taulukko 4 potilaiden ikä- ja sukupuolijakauma

		Sukupuoli		Yhteensä	Osuus kaikista potilaista	Kumulatiivinen osuus
		Mies	Nainen			
Ikäryhmä	0-10	17	12	29	7,6 %	7,6 %
	11-20	55	86	141	37,0 %	44,6 %
	21-30	21	44	65	17,1 %	61,7 %
	31-40	15	27	42	11,0 %	72,7%
	41-50	15	25	40	10,4 %	83,1 %
	51-60	11	26	37	9,7 %	92,8 %
	Yli 60	10	17	27	7,1 %	100 %
Yhteensä		144	237	381	100 %	



Kuva 4 Potilaiden ikäjakauma

Potilaita oli vuosina 2014-2016 tullut suupolille 21 eri PSHP:n kunnasta (yhteensä kuntia on PSHP:ssa 23). Määrällisesti eniten potilaita oli tullut Tampereelta (n=141). Kahdesta

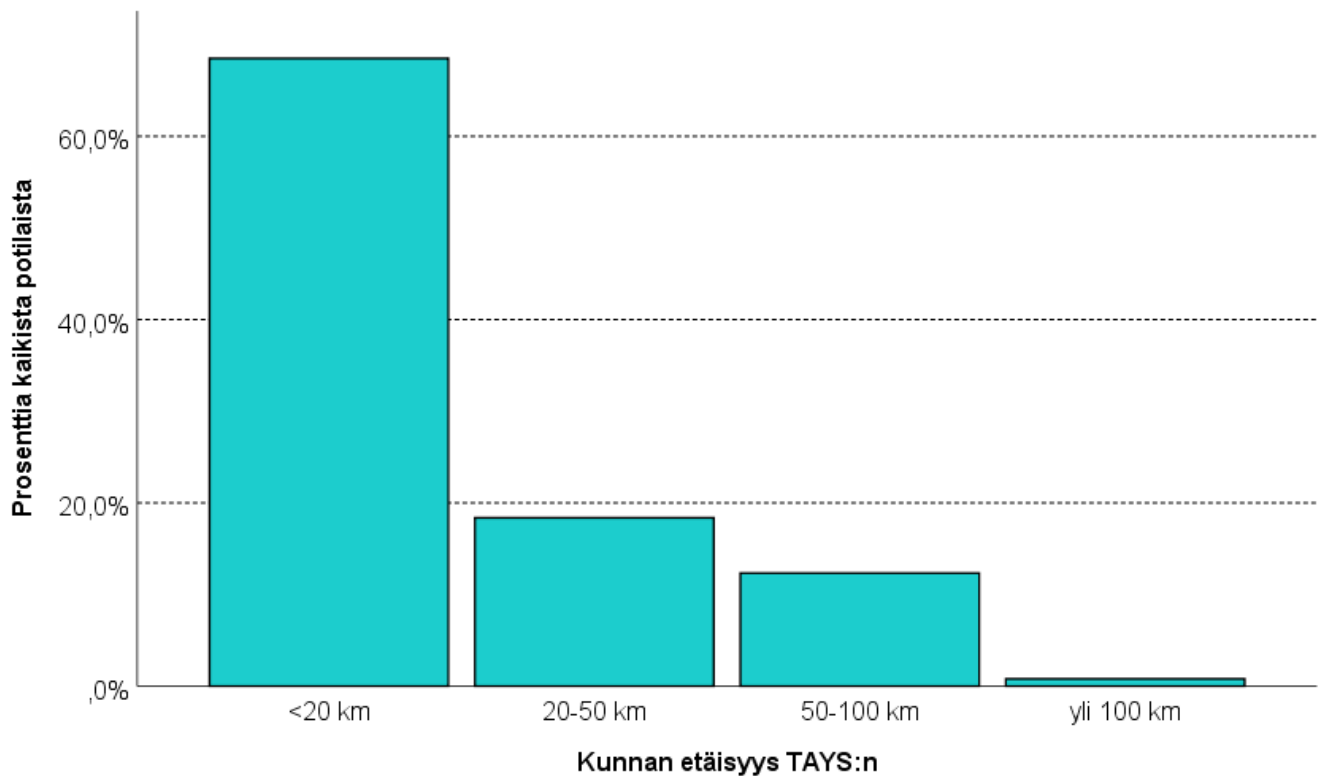
PSHP:n kunnasta potilaita ei tullut tarkastelujaksolla lainkaan. Vähiten potilaita oli kolmesta erillisestä kunnasta, kustakin kaksi potilasta. Kuntien nimiä ei esitetä tietosuojasyistä.

6.2 Oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytön erot PSHP:n periferian ja keskuskuntien välillä

Alueen perifeerisyyden ja keskuskuntien asemaa on taustoitettu kappaleessa 3. Taulukosta 5 nähdään, että absoluuttisia määriä tarkastellessa eniten potilaita (68,5%) tuli läheltä TAYS:a, yhteensä 261 potilaalla matka suupolille oli alle 20 km. Sen sijaan yli 100 km päästä suupolille hoitoon tuli vain 3 ihmistä (0,8%). Trendi on lineaarinen siten, että mitä kauemmas suupolilta potilaan kotikunta sijoittuu, sitä vähemmän potilaita kyseisestä kunnasta tarkastelujaksolla suupolille tuli. Suhteelliset osuudet on esitetty kuvassa 5.

Taulukko 5 Potilaat asuinkunnan etäisyyden mukaan

		Potilasta	Prosenttia
Etäisyys TAYS:an	<20 km	261	68,5
	20-50 km	70	18,4
	50-100 km	47	12,3
	yli 100 km	3	0,8
	Total	381	100,0



Kuva 5 Potilaiden määrän ja kunnan etäisyyden TAYS: an suhteelliset osuudet

Pelkästään absoluuttisia potilaslukumääriä tarkastelemalla ei kuitenkaan päästä tarkasti vastaamaan kysymykseen, saivatko periferian potilaat hoitoa yhtä paljon kuin keskuskuntien. Isossa, yli 100 000 asukkaan Tampereella on enemmän hammashoitopalveluja (sekä julkisia että yksityisiä) eli enemmän mahdollisia suupolille lähettäviä tahoja kuin pienissä kunnissa. Samoin luonnollisesti potentiaalisia potilaita on suurissa kunnissa enemmän kuin pienissä.

Absoluuttisia numeroita vertailemalla näyttää siltä, että TAYS:n lähikunnat olivat etusijalla hoitoa saadessa. Vakioimalla potilasmäärä per 1000 asukasta pystytään kuitenkin paremmin vertailemaan eri kokoisten kuntien tietoja. Taulukossa 6 kunnittain vakioidut potilasmäärät on asetettu järjestykseen pienimmästä suurimpaan seuraavasti: ne kunnat, joista väkilukuun suhteutettuna tuli tarkastelujaksolla vähiten potilaita ovat ensin ja kunnat, joista potilaita väkilukuun suhteutettuna tuli eniten, ovat viimeisenä. Kunnat on potilaiden tietosuojan vuoksi koodattu satunnaisesti valitulla numerokoodilla. Jokainen numero vastaa yhtä PSHP:n kuntaa. Mukana on myös ne kaksi kuntaa, joista potilaita ei tarkastelujaksolla tullut lainkaan.

Taulukko 6 Asukasluvun mukaan vakioidut kunnittaiset potilasmäärät

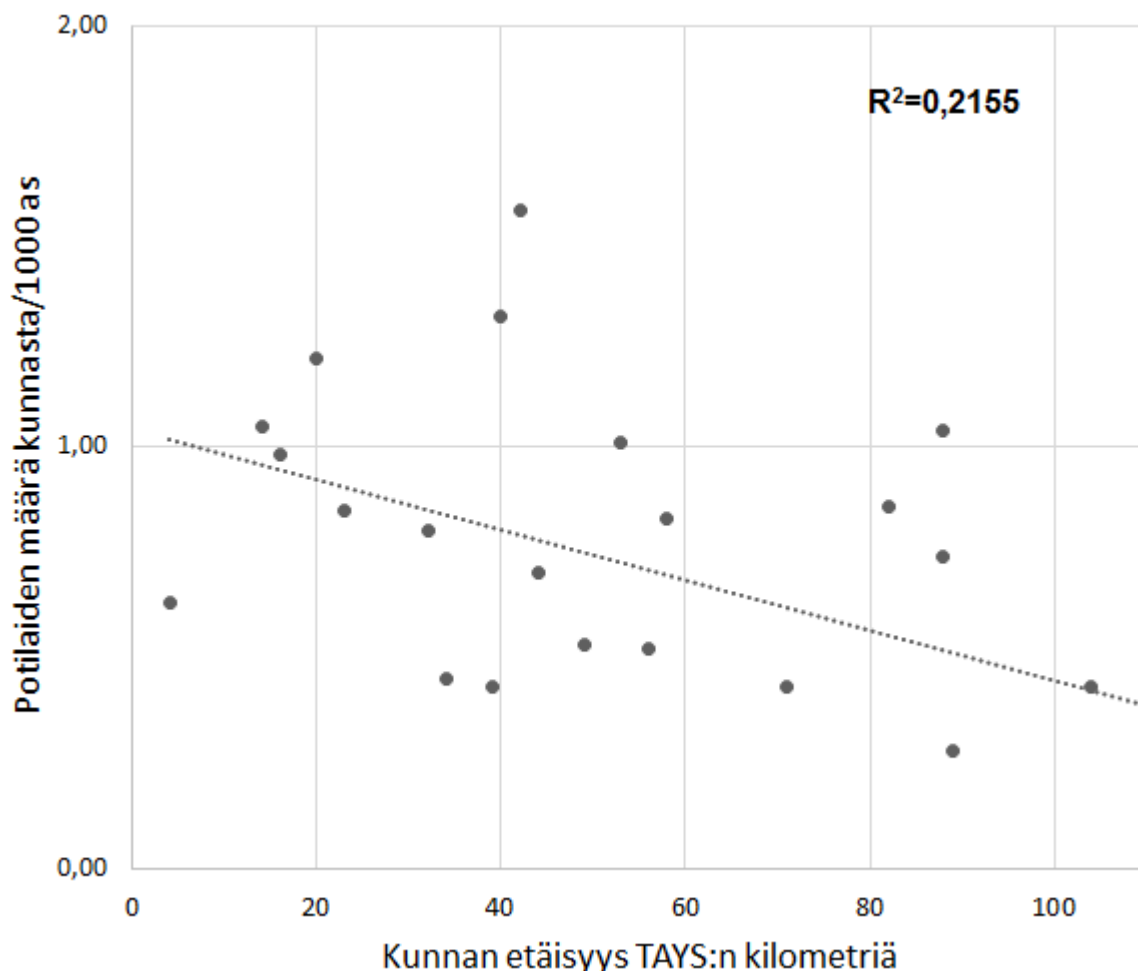
Kunta ID	Potilaita/1000 as	Etäisyys TAYS:n
Kunta 1	0	Yli 100 km
Kunta 2	0	50-100 km
Kunta 3	0,28	50-100 km
Kunta 4	0,43	20-50 km
Kunta 5	0,43	50-100 km
Kunta 6	0,43	Yli 100 km
Kunta 7	0,45	20-50 km
Kunta 8	0,52	50-100 km
Kunta 9	0,53	20-50 km
Kunta 10	0,63	Alle 20 km
Kunta 11	0,70	20-50 km
Kunta 12	0,74	50-100 km
Kunta 13	0,80	20-50 km
Kunta 14	0,83	50-100 km
Kunta 15	0,85	Alle 20 km
Kunta 16	0,86	50-100 km
Kunta 17	0,98	Alle 20 km
Kunta 18	1,01	50-100 km
Kunta 19	1,04	50-100 km
Kunta 20	1,05	Alle 20 km
Kunta 21	1,21	Alle 20 km
Kunta 22	1,31	20-50 km
Kunta 23	1,56	20-50 km

Kun potilasmäärä on vakioitu kunnan asukasluvun mukaan, on näkyvä absoluuttisiin potilasmääriin nähden varsin erilainen. Taulukosta 6 nähdään, että kuntien etäisyys ei noudata säännönmukaista kaavaa niin, että kaukaisemmista kunnista tulisi suupolille vähiten potilaita. Kahdesta kunnasta potilaita ei tullut lainkaan (kunta 1 ja kunta 2) ja nämä kunnat eivät olleet keskuskuntia, mutta tämä voi johtua myös sattumasta.

Ne viisi kuntaa, joista suhteellinen potilasmäärä oli pienin, olivat kolmesta eri etäisyysluokasta: 20-50 km (1 kunta) 50-100 km (3 kuntaa) ja yli 100 km (1 kunta). Ne viisi kuntaa, joista suhteellinen potilasmäärä oli suurin, olivat kolmesta eri etäisyysluokasta: alle 20 km (2 kuntaa), 20-50 km (kaksi kuntaa) ja 50-100 km (1 kunta). Yli 100 km etäisyydeltä ei kärkepäässä ollut yhtäkään kuntaa, mutta näitä kaukana sijaitsevia kuntia on PSHP:n alueella

vain kaksi (taulukko 3), ja sattuman mahdollisuus on jälleen suuri. Kunnasta 23 tuli potilaita hoitoon eniten, 1,56 potilasta/1000 asukasta. Tämä kunta sijoittui etäisyysluokkaan 20-50 km TAYS:sta.

Jotta saadaan tarkemmin selville, onko asuinkunnan etäisyydellä TAYS:an ja vakioidun ko. kunnan potilasmäärän välillä yhteyttä, käytetään pisteparvikuviota ja lasketaan korrelaatio-kerroin muuttujille *kunnan etäisyys TAYS:sta* ja *potilasmäärä/1000 asukasta* (kuva 6). Näin saadaan vastaus tutkimuskysymykseen 1: oliko oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytössä eroa PSHP:n keskuskuntien ja reuna-alueiden kuntien välillä? Pisteparvikuviossa jokainen havaintopiste edustaa yhtä PSHP:n kuntaa. Niiden kuntien (n=2) havaintopisteet, joista ei ollut lainkaan potilaita, on jätetty pois kuvasta 6.



Kuva 6 Potilaiden vakioidun määrän ja etäisyyden suhde

Korrelaatiokerroin kuvaa kahden muuttujan välistä yhteyttä välimatka- tai suhdeasteikon tasoisten muuttujien välillä. Kuvaa 6 varten korrelaatio laskettiin *kunnan etäisyys TAYS:an* kilometreinä (suhdeasteikko) ja *potilaita/1000 as* välillä (suhdeasteikko). Pearsonin korrelaatiokertoimeksi näiden kahden muuttujan välille saatiin -0,464 ($p < 0.05$) (taulukko 7). Korrelaatio asettuu aina välille -1 ja +1, ja korrelaation merkitsevyysarvoksi asetettiin $p < 0.05$. Negatiivinen korrelaatiokerroin -0,464 tulkitaan tässä tapauksessa niin, että kun kunnan etäisyys TAYS:an kasvaa, potilaiden määrä kunnasta laskee eli kyseessä on negatiivinen yhteys. Korrelaation tulos on merkitsevä merkitsevyystasolla $p < 0.05$ ja koska korrelaatiokertoimen itseisarvo on kuitenkin melko lähellä nollaa, on yhteys korkeintaan kohtalainen.

Taulukko 7 Etäisyys TAYS:an ja potilaita/1000 as korrelaatio

		Km TAYS:an	Potilaita/1000 as
Km TAYS:an	Pearson Correlation	1	-,464*
	Sig. (2-tailed)		,026
	N	23	23
Potilaita/1000 as	Pearson Correlation	-,464*	1
	Sig. (2-tailed)	,026	
	N	23	23

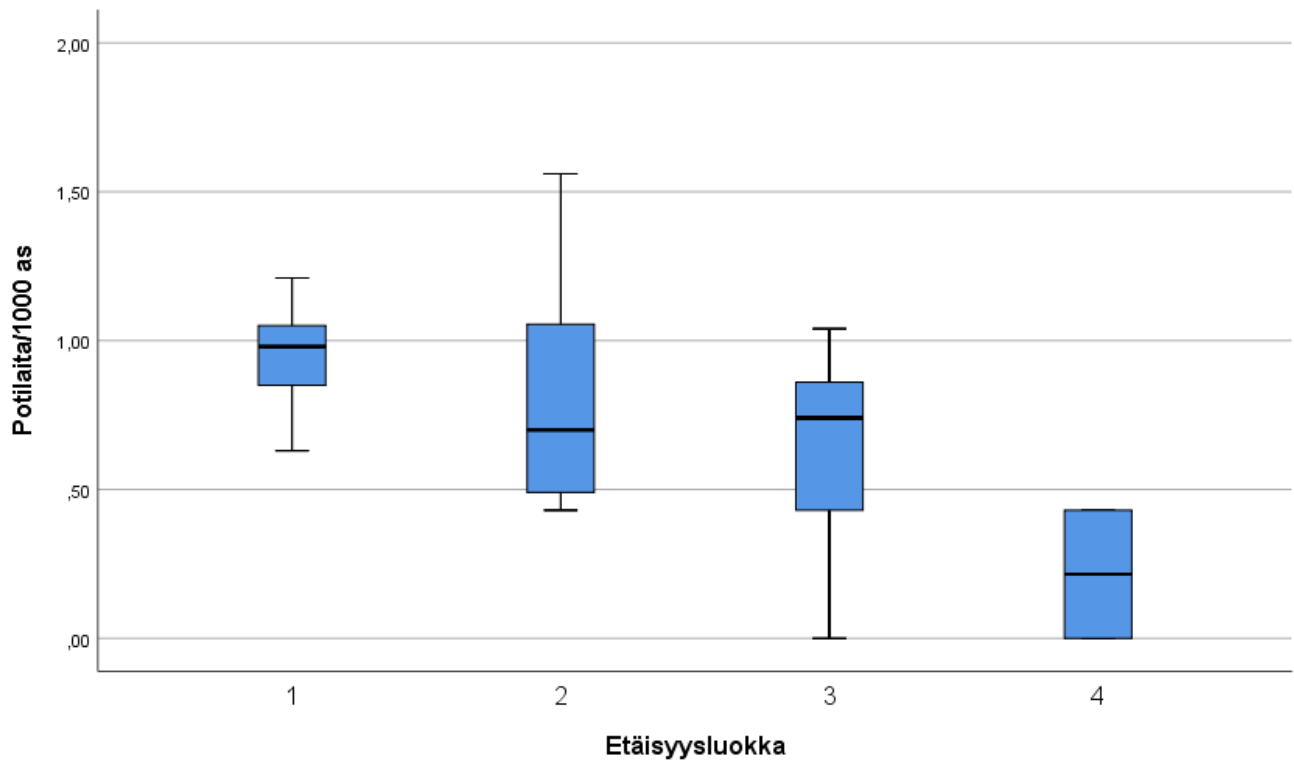
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Asiaa voidaan havainnollistaa vielä lisää selitysosuudella (R^2). Sen arvo on 0,2155 (kuva 6) eli kunnan etäisyyden vaihtelu selittää potilasmäärän vaihtelusta vain noin 22% ja muut syyt loput 78%.

Ne kaksi kuntaa, joista ei ollut lainkaan potilaita, saivat väkiluvun mukaan vakioituksi potilasmääräksi arvon 0. Nämä arvot on otettu huomioon korrelaatiokertoimen laskennassa, mutta kuntien tarkkaa etäisyyttä ei tietosuojaan vuoksi esitetä kuvassa 6.

Eri etäisyysluokkien kuntien ja vakioitun potilasmäärän jakaumia havainnollistetaan lisää kuvassa 7. Vakioitu potilasmäärä sijoittui kaikissa kunnissa välille 0– 1,56 potilasta/1000 asukasta tai jos jätetään huomioimatta ne kaksi kuntaa, joista potilaita ei ollut lainkaan, on vaihteluväli 0,28–1,56 potilasta/1000 asukasta. Etäisyysluokan 2 (20-50 km) kunnista vakioitun potilasmäärän hajonta oli suurinta; näistä kunnista oli tarkastelujaksolla tullut hoi-

toon 0,40-1,56 potilasta. Pienintä hajontaa oli etäisyysluokassa 4 (yli 100 km): 0- 0,43. Tässä luokassa oli kuitenkin vain kaksi kuntaa, joten luokasta ei voida juuri tehdä johtopäätöksiä.



Kuva 7 Kunnan etäisyysluokan¹ ja vakioitun potilasmäärän jakauma

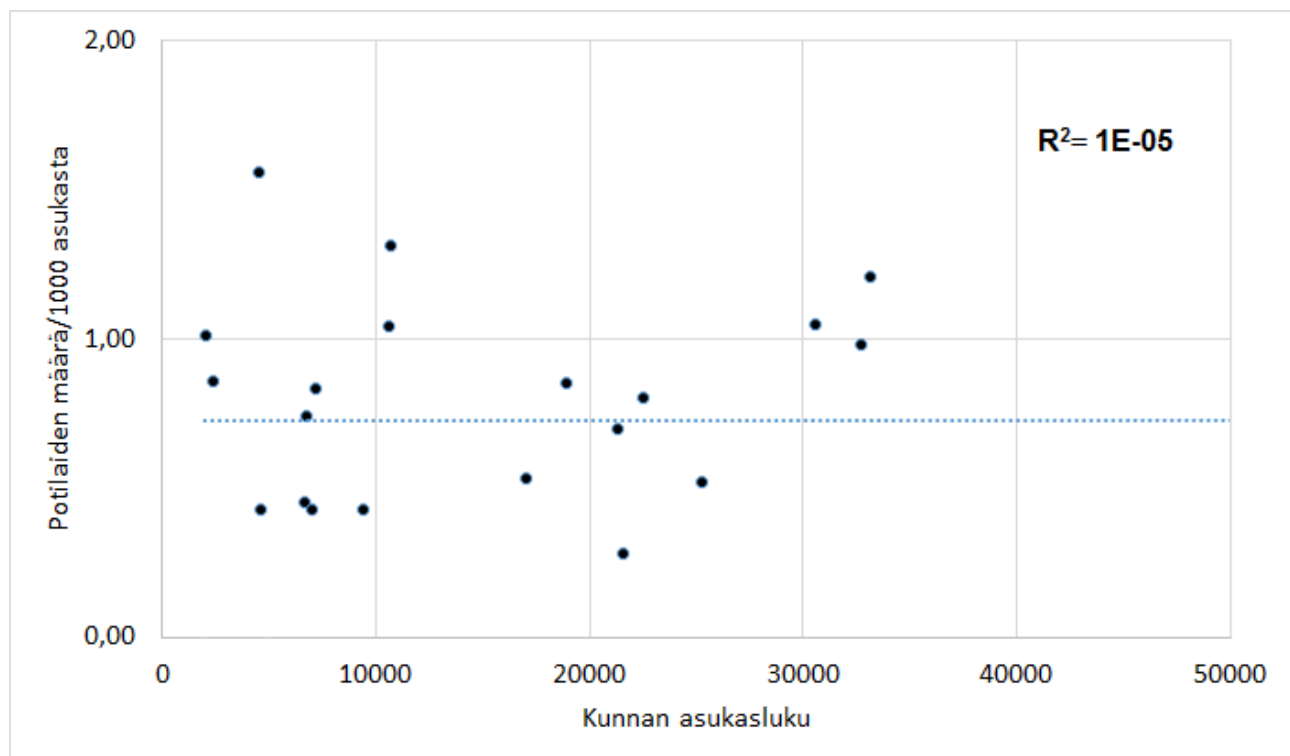
¹ Luokka 1=alle 20 km, luokka 2= 20-50 km, luokka 3= 50-100 km, luokka 4= yli 100 km TAYS:an

Edellä esitettyjen analyysien perusteella näyttää siis siltä, että kunnan etäisyydellä TAYS:an ja kunnasta tulleiden potilaiden määrällä ei ollut kovin voimakasta yhteyttä. Trendi potilasmäärissä näyttää kulkevan jonkin verran siihen suuntaan, että kaukana olevista kunnista potilaita tuli vähemmän, mutta suurimman osan potilasmäärän vaihtelusta selittävät muut syyt kuin etäisyys. Tätä puoltaa myös se, että vakioitujen potilasmäärien hajonta eri kokoluokkien kuntien sisällä oli varsin laaja; ei siis ollut havaittavissa kovin selkeää säännönmukaisuutta oman kokoluokan kuntien kesken. Erityisesti kokoluokan 2 kuntien potilasmäärien kesken hajonta oli hyvin suurta, eikä noudattanut selkeää trendiä. Toisaalta kokoluokan 4 kuntien vähäinen määrä ei tuonut lisäarvoa analysointiin, eli aineisto olisi tässä kohtaa kaivannut enemmän volyymia johtopäätösten vahvistamiseksi. Isommalla

aineistolla trendi olisi voinut muutenkin näyttää erilaiselta, ja potilasmäärän vaihtelun nyanssit olisivat tulleet paremmin esiin. Tähän palataan tutkielman kappaleissa 8 ja 9.

6.3 Oikomishoidon käyttö eri kokoisista PSHP:n kunnista vuosina 2014-2016

Edellä on esitetty kuntien etäisyyden TAYS: an ja kunnasta tulleiden potilaiden määrän yhteyttä ja syitä. Halutaan vielä tutkia, onko kuntien koolla (asukasluvulla) ja potilaiden määrällä ko. kunnasta yhteyttä. Muodostetaan pisteparvikuvio (kuva 8) ja lasketaan korrelaatio muuttujien *kunnan asukasluku* ja *potilaiden määrä/1000 asukasta* välillä.



Kuva 8 Potilaiden vakioidun määrän ja kunnan asukasluvun suhde

Kuvassa 8 yksi kunta, Tampere, sijoittuu X-akselilla niin kauas poikkeavaksi havainnoksi, että tämä havaintopiste jätettiin luettavuuden vuoksi kuvasta pois. Tampereen tiedot on kuitenkin otettu mukaan trendin ja korrelaation laskemiseen.

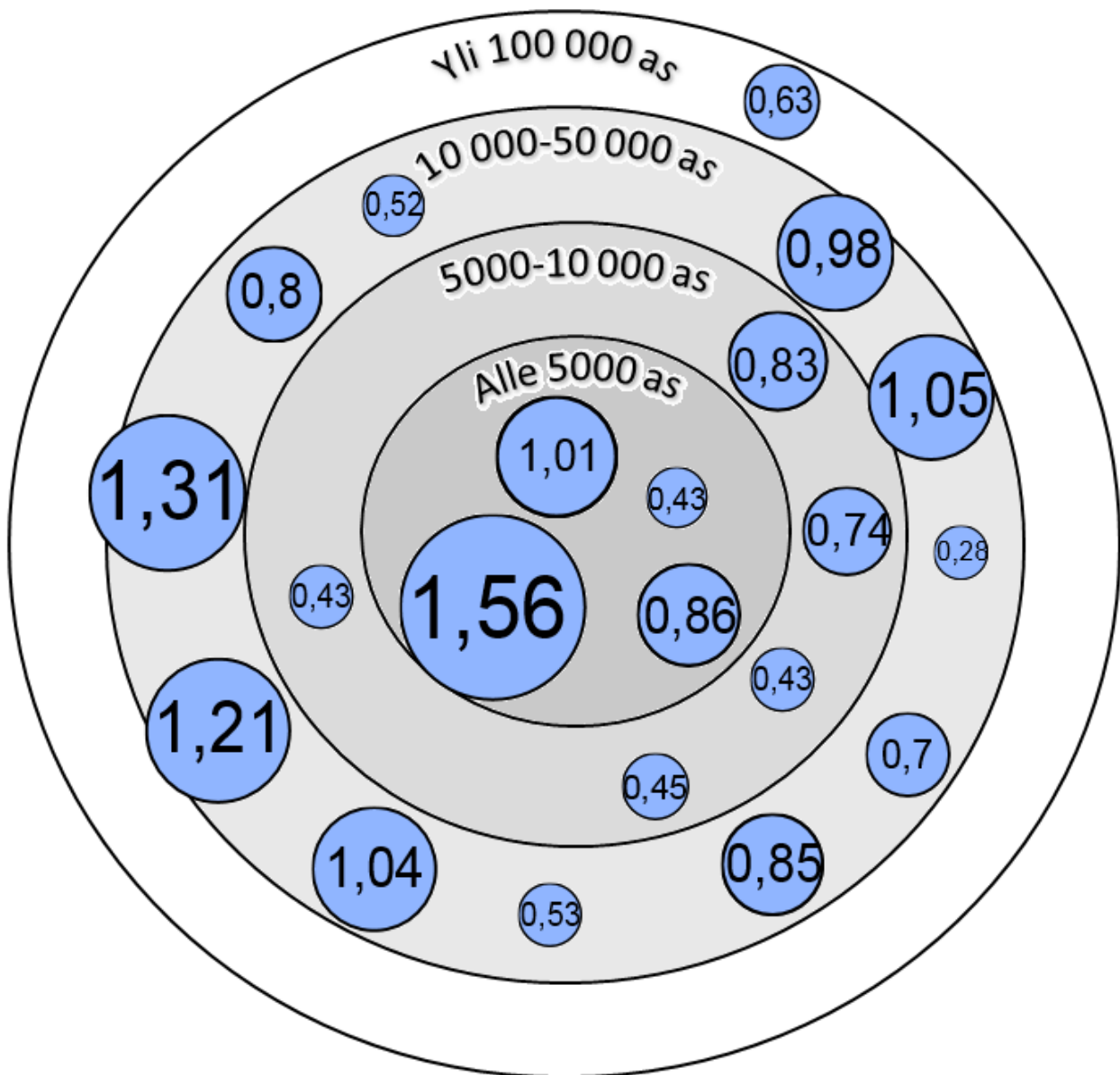
Hajontakuviossa jokainen havaintopiste edustaa yhtä kuntaa. Ne kunnat (n=2), joista ei ollut tarkastelujaksolla lainkaan potilaita, on jätetty kuviosta pois. Korrelaatiokertoimen laskennassa nämä kunnat on kuitenkin otettu huomioon. Kuntien hajonnasta voidaan kuvan 6 perusteella päätellä, että trendiä ei ole. Kunnat sijoittuvat pisteparvikuviossa sattumanvaraisesti eivätkä muodosta kaavaa. Selitysosuus (R^2) kertoo myös, että kunnan asukasluvun vaihtelu selittää potilaiden määrää ko. kunnasta vain 0,001% eli käytännössä ei mitään.

Korrelaatiota tarkastelemalla havaitaan sama (taulukko 8): korrelaatiokertoimen arvo on 0,003 ja merkitsevyystasolla $p < 0.05$ tulos ei ole merkitsevä ($p = 0.988$).

Taulukko 8 Kunnan asukasluku ja potilaita/1000as korrelaatio

		Asukasluku	Potilaita/1000 as
Asukasluku	Pearson Correlation	1	,003
	Sig. (2-tailed)		,988
	N	23	23
Potilaita/1000 as	Pearson Correlation	,003	1
	Sig. (2-tailed)	,988	
	N	23	23

Kuvassa 9 on vielä esitetty vakioidut potilasmäärät kunnittain/1000 asukasta. Jokainen kunta edustaa yhtä palloa, ja pallon lukuarvo ja koko kertovat kunnan vakioidun potilasmäärän. Kuvion kehät kertovat, mihin kokoluokkaan mikäkin kunta kuuluu. Kuntien nimiä ei ole esitetty tietosuojasyistä, tällä halutaan lisätä erityisesti pienten kuntien potilaiden tietosuojaa. Toisaalta kuntien nimillä ei ole asukaslukua tarkastellessa sisällöllistä merkitystä.



Kuva 9 Vakioitunut potilasmäärät kuntien asukasluvun mukaan

Kuvasta 9 nähdään sama tulos kuin pisteparvi-kuviosta (kuva 6) ja korrelaatiosta (taulukko 8), että vakioitu potilasmäärä ei noudattanut kunnan kokoluokan mukaista trendiä. Eniten potilaita asukasmäärän mukaan vakioituna (1,56/1000 as) tuli kunnasta, joka sijoittuu kokoluokkaan *alle 5000 asukasta*. Samalle kehälle sijoittui myös kunta, josta hoitoon tarkasteluajaksolla tuli vain 0,43 potilasta/1000 as. Toisaalta yli 100 000 asukkaan kunnassa hoitoon tulleiden vakioitu määrä oli vain 0,63 potilasta/1000 asukasta. Koska ainoa yli 100 000 asukkaan kunta PSHP:n alueella on Tampere, on nytkin kyse tästä kunnasta. Ei

siis voida sanoa, että tamperelaiset pääsisivät hoitoon sen paremmin tai useammin kuin pienempien kuntien asukkaat. Päinvastoin Tampereen vakioitu luku on ainoastaan keskitasoa ja jopa hieman sen alle (ks. taulukko 6).

7 Luotettavuus ja eettisyys

7.1 Tutkielman luotettavuus

Tutkielman luotettavuus ja eettisyys varmistetaan noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö varmistetaan käyttämällä sellaisia tiedonhankinnan ja tutkimuksen menetelmiä, jotka ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Tutkimusprosessin tulee olla läpinäkyvä, noudattaa hyvää raportointitapaa ja osoittaa kyseisen tieteenalan asiantuntemusta ja perehtyneisyyttä. Tämä varmistetaan käyttämällä asianmukaisia alakohtaisia tietolähteitä ja osoittamalla tieteellisen kirjallisuuden tuntemusta. (Vilkkä 2015, 41-43). Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy myös asianmukainen viittaustapa niin, että tutkimusalueen aiempaan tietoon viitatessa käy selkeästi ilmi viittausten lähde ja muiden tutkijoiden työn merkitys saa ansaitsemansa arvon (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 7). Tutkielman tekoa ohjaavina arvoina läpi koko tutkimusprosessin tulee pitää rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Vuorio 2015, 21).

Tässä tutkielmassa viittauksia tehtiin sekä alan artikkeleihin, väitöskirjoihin ja katsauksiin vertaisarvioituista tieteellisistä julkaisuista. Lisäksi hyödynnettiin oppikirjoja, raportteja ja muita viranomaislähteitä, joita terveyspalvelujärjestelmää kuvaava tutkielma vaati varsin paljon. Luotettavuutta lisäsi laaja sisäänotto suomen- ja englanninkielisiä kirjallisuuslähteitä. Kirjallisuuden osuutta myös päivitettiin koko tutkimusprosessin ajan.

Tutkielman luotettavuutta lisää läpinäkyvyys, joka tarkoittaa tutkimusprosessin yksityiskoh- taista kuvaamista niin, että lukijan on helppo seurata tutkijan ajatuksen kulkua ja ymmärtää perustellusti tehdyt valinnat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetty data tulee kuvata niin huolella, että saman datan äärellä toinenkin tutkija päätyisi samoihin tuloksiin (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2008, 226-227), joskin tapaustutkimuksessa tämän vaatimuksen

täyttäminen on rajattua. Tutkijan omat tulkinnat ja havainnot aineistosta luonnollisesti ohjaavat aina tutkimusta omaan suuntaansa.

Tämän tutkielman luotettavuutta lisää se, että rekisteridata on peräisin luotetulta julkiselta toimijalta (Tampereen yliopistollinen keskussairaala) ja tutkija on itse kerännyt datan, näin aineiston keruun prosessi on ollut koko ajan yhden ihmisen käsittelyssä. Toisaalta vain yhtä tutkijaa käyttäessä kukaan ulkopuolinen taho ei ole tarkistamassa aineistonkeruussa mahdollisesti tehtyjä virheitä. Luotettavuutta sen sijaan saattavat heikentää jotkut tutkijan ammatillisen harkinnan mukaan tehdyt rajaukset esim. potilastietojen sisäänotossa. Rajauksen tekeminen oli kuitenkin tutkimusdatan käsittelyn vuoksi välttämätöntä, jottei aineisto olisi paisunut liian suureksi pro gradu-tutkielman laajuus huomioon ottaen.

Tutkielman luotettavuutta saattaa heikentää myös rekisteritietojen puutteellisuus ja tulkinanvaraisuus. Widström, Niskanen ja Forss (2007) ovat jo aiemmin havainneet, että suu- ja leukasairauksien poliklinikoilla potilastietojen kirjaaminen yhdenmukaisesti ja selkeästi voi olla haasteellista siten, että tuloksena olisi luotettavia ja käyttäjäystävällisiä tilastoja. Ongelma oli havaittavissa myös tämän tutkielman aineiston keräämisessä, jossa havaittiin että potilastietojen kirjaukset olivat varsin kirjavia, ei yhdenmukaisia ja jopa puutteellisia (esim. päädiagnoosi saattoi puuttua kokonaan). Onkin luultavaa, että vielä sisäänottokriteerien määrittämisen jälkeen tutkielman otoksesta jäi pois relevantteja potilastietoja.

7.2 Tutkielman eettisyys

Rekisteri- ja erityisesti tunnistettavaan potilasdataan perustuvan tutkielman eettisyydessä tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaiden tietosuojaan. Vaikka tutkielmassa käytettiin sairaskertomuksiin perustuvaa potilasdataa, ei mitään potilastietoja alun perin kerätty pelkästään tätä tutkielmaa varten. Potilaita ei kohdattu eikä heiltä kerätty tietoa vain tämän tutkielman tarkoituksia ajatellen. Erona kliinisen tutkimuksen tekoon rekisteritutkimuksessa on se, että yksittäisiltä potilailta ei tarvita lupaa (nk. *informed consent*) heidän rekisteritietojensa käyttöön vaan katsotaan, että antamalla suostumuksensa rekisteriin kuulumiseen, sisältää tämä ajatuksen rekisterien tutkimuskäytöstä (Rosén ja Hakulinen 2005, 245-246). Tämä varmistettiin heti pro gradu- tutkielman alkuvaiheessa ennen aineistonkeruun aloitusta myös TAYS:n tutkimuseettisen neuvottelukunnan sihteeriltä. Myös vaaditut

tutkimusluvut haettiin asianmukaisesti ennen aineiston kokoamista. Tutkimusaineiston muodostaminen on kuvattu tämän tutkielman kappaleessa 6.1.

Kaiken tieteellisen tutkimuksen teossa, erityisesti ihmistieteissä, tulee noudattaa hyvää eettistä toimintatapaa ja kiinnittää huomiota tietosuojaan ja hyvään tutkijan moraaliin. Tarvittaessa tutkielmaa varten ennen aineiston keräämistä täytyy hakea tutkimuksesta puoltava lausunto ko. tutkimusalueen eettiseltä toimikunnalta. TAYS:n eettisen toimikunnan ohjeiden mukaan ”*Tutkimussuunnitelman arvion pohjana on laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999, muutos 295/2004, 794/2010) ja muut ihmiseen kohdistuvasta tutkimuksesta voimassa olevat säädökset (muun muassa henkilötietosuojaa koskevat lait), kansainväliset julistukset, sopimukset, suositukset ja ohjeet*” (PSHP 2017).

Tätä tutkielmaa suunnitellessa tutkija tutustui eettisen toimikunnan ohjeisiin kokonaisuudessaan ja konsultoi TAYS:n eettisen toimikunnan sihteeriä lausunnon tarpeellisuudesta. Koska tässä tutkielmassa ei mm. suoritettu aktiivista interventiota, ei kohdattu potilaita eikä myöskään haastateltu heitä, ei tämä tutkielma tarvinnut eettisen toimikunnan lausuntoa. Yhtä kaikki läpi koko tämän tutkielman tutkimusprosessin, erityisesti tutkielman raportointivaiheessa, kiinnitettiin erityistä huomiota potilaiden tunnistamattomuuteen. Yksittäinen tutkimuksen kohteena olevaa potilas tai hänen tietonsa eivät saa olla tunnistettavissa helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta (Kuula 2011, 81). Vaikka tämä em. määritelmä on varsin häilyvä, pyrittiin tutkielmassa siihen, että potilaita ei pystyisi tunnistamaan lainkaan esim. iän ja asuinpaikan perusteella. Tämän tutkielman eettisyyttä lisää se, että potilaiden tietoja käsiteltiin aggregoituina niin, että esimerkiksi diagnoosikoodia ei aineiston analyysissä esitetty kenenkään yksittäisen potilaan kohdalla esim. hänen ikäänsä tai asuinpaikkaansa yhdistettynä. Tutkielmassa oltiin kiinnostuneita vain potilaiden lukumääristä ja diagnoosikoodit muodostivat sisäänottokriteerin eivätkä omaa muuttujaa.

Tämän tutkielman mahdolliset eettiset haasteet liittyvätkin enimmäkseen tietosuojan toteuttamiseen. Potilaiden tietojen käsittelyä ohjaavat henkilötietolaki (L523/1999) ja tilastolaki (L280/2004). Henkilötiedoiksi määritellään henkilötietolaissa sellaiset suorat tunnisteen kuten nimi, osoite, henkilötunnus ja syntymäaika. Vaikka nämä tiedot olisi aineistosta poistettu tai koodattu (esim. tässä tutkielmassa potilas-ID:llä), muodostavat tiedot henkilörekisterin, jos potilaiden suorat henkilötiedot on tallennettu toisaalle ja ne ovat periaatteessa yhdisteltävissä niin, että yksittäinen henkilö voitaisiin tunnistaa. (Kuula 2011, 81-82.) Tässä tutkielmassa kaikki potilaiden suoria henkilötietoja sisältävät tiedot säilytettiin vain PSHP:n

palvelimella PSHP:n tutkimusluvan ehtojen mukaisesti, ja kaikki PSHP:n tilojen ulkopuolella käsitellyt tiedot sisälsivät vain potilas-ID:llä koodattua dataa. Näin ollen PSHP:n tilojen ja sähköisen palvelimen ulkopuolella ei säilytetty tai käsitelty mitään tunnistettavaa dataa. Kaikki tämän tutkielman PSHP:n tiloissa säilytettävä potilasdata oli sähköisessä muodossa tutkijan henkilökohtaisella salasanalla suojattuna PSHP:n palvelimelle tallennettuna.

Vaikka tilastolaki (L280/2004) säättää valtiollisten tilastojen keruusta eikä yksittäiseen tutkimukseen kerättävistä tilastoista, on sen eettiset periaatteet huomioitu tässä tutkielmassa. Erityisesti lain 3. luvun 10§:n säädös: *”Tilastotarkoituksia varten kerättyjä tietoja yhdistettäessä, säilytettäessä, hävitettäessä ja muutoin käsiteltäessä on huolehdittava siitä, ettei kenenkään yksityiselämän tai henkilötietojen suoja - - - vaarannu.”* Vaikka TAYS on alun perin kerännyt ja ylläpitää tätäkin tutkielmaa varten saatujen potilastietojen rekisteriä, on opinnäytetyötä tai tutkielmaa varten tietoja kerännyt tutkija oman aineistonsa rekisterinpitäjä (Kuula 2015, 83). Tutkijaa sitovat siis säännöt mm. aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä tutkimuksen jälkeen. Tutkielman julkaisuhetkellä lupa aineistojen säilyttämiseen oli vielä voimassa. Aineiston jatkokäsittelystä ja mahdollisista jatkotutkimuskäytöistä sovitaan tutkijan ja TAYS:n kanssa erikseen.

8 Johtopäätökset

8.1 Erot PSHP:n keskuskuntien ja reuna-alueiden välillä

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin sitä, oliko oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytössä eroa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) keskuskuntien ja reuna-alueiden välillä vuosina 2014-2016. Lisäksi analysoitiin, millaista oikomishoidon erikoissairaanhoidon käyttö oli eri kokoisista PSHP:n kunnista samalla tarkastelujaksolla.

Tutkielmassa havaittiin, että potilaan asuinkunnan etäisyyden TAYS:an ja kunnasta tulneiden potilaiden määrällä oli tilastollinen yhteys, joskaan se ei ollut kovin voimakas (korrelaatiokerroin $r=(-0,464)$). Yhteys tuli parhaiten esiin, kun asukasluku vakioitiin per 1000 asukasta; muutoin eri kokoisten kuntien potilasmääriä ei olisi voitu vertailla. Yhteyden suunta oli negatiivinen eli mitä kauempana potilas asui TAYS:sta, sitä vähemmän kyseisen

kunnan asukkaat käyttivät suupolin oikomishoitoa. Tämä oli tutkielman alkuhypoteesin mukaista, joskin odotusarvo oli aluksi, että yhteys olisi ollut voimakkaampi. Erityisesti potilasmäärien hajontaa eri etäisyysluokissa tarkastelemalla yhteyden voimakkuus ei vaikuttanut kovin suurelta. Potilasmäärä/1000 asukasta vaihteluväli koko aineistossa oli 0–1,56 potilasta/1000 asukasta.

Eri etäisyysluokkien hajontoja tarkastellessa (kuva 5) huomataan, että varsinkin etäisyysluokassa 2 (20-50 km) hajonta kuntien välillä oli varsin suurta, 0,40-1,56 potilasta/1000 asukasta. Myös etäisyysluokassa 3 (50-100 km) hajonta oli varsin laajaa, 0-1,04 potilasta/1000 asukasta. Laaja hajonta kertoo siitä, että aineiston havaintoarvot eivät noudata trendiä vaan havaintoyksiköt sijoittuvat melko kauas trendiä kuvaavasta korrelaatiokäyrästä (kuva 4). Pienintä hajonta oli keskuskunnissa eli etäisyysluokassa 1 (alle 20 km), jossa havainnot sijoittuivat suppeammalle skaalalle (0,63-1,21).

Hajontojen laajuus voi kertoa siitä, että sattuman osuus trendin selittäjänä on suuri. Trendi kuitenkin on olemassa ja se vahvistaa oletusta perifeerisyyden vaikutuksesta hoidon käyttämiseen. Toisaalta tämän tutkielman aineisto oli tilasto-analyysiin melko pieni, joten tulokset ovat lähinnä kuvaavia ja suuntaa-antavia. Tutkielmalla saatiin kuitenkin tapaustutkimuksen omaisesti tietoa oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytöstä PSHP:n alueella. Koska etäisyys ei ollutkaan kovin vahva määrittäjä hoidon käytölle, etsittiin aineistosta muita selittäviä tekijöitä. Aineistoa analysoidessa ja potilaslähetteitä manuaalisesti läpikäydessä näyttikin siltä, että potilaiden saapumista TAYS:n suupolille hoitoon selittivät isolta osalta muut tekijät kuin pelkkä asuinkunnan etäisyys. Esimerkiksi muutamassa pienessä periferian kunnassa näytti olevan yksittäisiä, aktiivisia lähettäjätahoja, jotka ahkerasti ohjasivat potilaita hoitoon TAYS:an. Tämä kävi ilmi raakadatasta mutta tiedot olivat sen verran hajanaisia, että niitä ei voitu tilastollisesti analysoida. Myös Lumme (2016, 50) löysi viitteitä siitä, että järjestelmän vaikutus erikoissairaanhoidon pääsyyn oli suurempi kuin esimerkiksi asuinpaikkaan tai henkilöön itseensä liittyvät syyt. Tämä pro gradu-tutkielma pohtii sitä, mitkä tekijät hoitoon tulemisen eroissa johtuivat järjestelmästä ja mitkä maantieteestä.

Tässä tutkielmassa ei tarkasteltu sitä, kuinka usein hoito TAYS:ssa alkoi. Tämä tieto olisi tarjonnut näkökulmaa siitä, olivatko jotkut lähetteet ”turhia” vai alkoiko hoito lähes aina lähetteen perusteella, so. oliko portinvartija-toiminta tehokasta. Portinvartijan olisi nimensä mukaisesti tarkoitus toimia linkkinä hoidon tarpeen määrittämisen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa annettavan hoidon välillä (STM 2017d, Masseria ym. 2009, 7;

22-23). Lisäksi olisi selvinnyt se, oliko joissain kaukaisissa kunnissa todella enemmän hoidon tarvetta vai oliko kyse ns. ylidiaagnostiikasta tai muista syistä, joiden vuoksi potilaat haluttiin laittaa perusterveydenhuollosta eteenpäin erikoissairaanhoidon. Yksi tällainen selittävä syy voisi olla resurssipula, jolloin kunnissa saatettiin ajatella, että omien rajallisten resurssien sijaan potilaat siirretäänkin sairaanhoitopiiriin hoidettavaksi. Tästä löysivät viitteitä myös Konki ja Laine (2017, 14-15), joiden raportissa suu- ja leukasairauksien ylilääkäreille ja -hammaslääkäreille tehdyssä kyselyssä yhdeksi ongelmaksi mainittiin erikoissairaanhoidon kuormittuminen peruserikoissairaanhoidon (esim. kunnan oman oikomishoidon) resurssipulan vuoksi. Myös erikoissairaanhoidon sisäänottokriteerien epäselvyys mainittiin ongelmaksi, vaikka ohjeet ovat olemassa varsin selkeästi auki kirjoitettuna STM:n ohjeistuksessa (STM Kiireettömän hoidon perusteet 2010).

Kunnan etäisyys TAYS:an kuitenkin näytti korrelaation perusteella olevan jollain tavalla yhteydessä hoitoon lähetettyjen potilaiden määrään. Koska ketään ei hoideta vastoin tahtoaan ja lähetteen tekevä hammaslääkäri keskustelee aina potilaan kanssa jatkohoidosta, oli etäisyydellä varmasti merkitystä lähetteen tekemisen hetkellä. Tiedetään, että potilaan sitoutuminen hoitoon kaukana kotipaikasta on huonompaa (LaVela 2004, Mooney 2000), ja potilaan ja lääkärin pohtiessa jatkohoitoa, on potilaan täytynyt jo ajatella mahdollista kulkemista ja vaivannäköä hoitoon ryhtymiseen. Esimerkiksi yli 50 kilometrin matka oikomishoitoon, joka vaatii käyntejä jopa kerran kuussa jopa usean vuoden ajan, edellyttää potilaalta motivaatiota ja myös taloudellisia mahdollisuuksia sitoutua hoitoon (ks. myös Konki ja Laine 2017, 10). Jos verrataan esimerkiksi yli 50 km:n päässä TAYS:ssa asuvaa yrittäjää ja TAYS:n lähellä asuvaa palkkatyöläistä, on selvää, että palkkatyöläisen on helpompi käydä virka-aikaan nopeasti hoidossa vaikka työpäivän lomassa. Taas yrittäjällä hoitomatkkaan edestakaisin menee lähes koko päivä eikä ansionmenetystä korvaa kukaan. Lisäksi liikenneyhteydet (esim. junayhteys, teiden kunto) ja mahdollisuus oman auton käyttöön voivat vaikuttaa potilaiden päätöksentekoon hoidon aloitusta koskien.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin 23 kunnasta 11 eli noin puolet sijaitsee yli 50 km päässä TAYS:sta (taulukko 3). Oulun yliopiston maantieteen laitoksen mukaan n. 25% suomalaisista asuu 30-60 min matkan päässä sairaalasta (Lankila ym. 2016 32-33). Tämän tutkielman kontekstissa ja aineistolla näyttää siltä, että tutkielman potilailla matka TAYS:an on hieman keskimääräistä suomalaisen sairaalamatkaa pidempi. Hyväkuntoinen valtatie 3 halkoo Pirkanmaata pohjois-eteläsuunnassa, ja lisäksi VR:n päärata kulkee Parkanon, Tampereen, Lempäälän ja Akaan välillä hyödyttäen samalla näiden kuntien lähialueiden

asukkaita. Maantieteellisen sijainnin näkökulmasta TAYS ei kuitenkaan ole optimaalinen, koska se sijaitsee melko kaukana Tampereen rautatieasemasta ja parkkitilanne on alueella korkeintaan kohtalainen. Nämä ovat käytännön asioita, joita potilaat joutuvat punnitsemaan hoitoon lähtemisessään.

Terveyspalveluresurssien merkitys hoitoon tulleiden potilaiden määrässä kunnittain on myös tärkeää huomioida. Kunnat järjestävät suun terveydenhuoltoa oikomishoito mukaan lukien omille asukkailleen, joskin resursseissa on jonkin verran alueellisia eroja. TAYS:n erva-alue sijoittui Suomessa viimeiseksi, kun tarkastellaan eri erva-alueiden kaikkien alojen erikoishammaslääkärien määrää (taulukko 1). Kuitenkaan oikomishoidon erikoishammaslääkärien määrää tarkastellessa eroja ei juurikaan ole, vaan kaikilla erva-alueilla oikojia on 0,2-0,3 /10 000 asukasta. Tulee kuitenkin muistaa, että pelkästään erikoishammaslääkärit eivät lähetä potilaita, vaan usein lähettäjä on yleishammaslääkäri. TAYS:n Uranus-tietojärjestelmään kirjatusta tiedoista kävi varsin heikosti ilmi lähettäneen tahon ammattistatus. Suurin osa lienee ollut yleishammaslääkäreitä, mutta läheteisiin oli varsin usein kirjattu pelkkä lähettäjän nimi, joten tästä ei voida olla varmoja eikä siis tehdä johtopäätöksiä tältä osin. Periaatteessa myös yleislääkäri voi lähettää potilaan suun hoidon erikoissairaanhoidon, mutta tämä ei liene kovin todennäköistä vaan potilaita lähetetään enemmän oman lääketieteen alan sisällä.

Kunnittaista tietoa erikoissairaanhoidon resursseista on varsin huonosti saatavilla. Tätä tutkielmaa varten PSHP:n kuntiin lähetettiin sähköpostitse kysely heidän hammaslääkäri- ja oikojaresurssistaan. Vastauksia saatiin muistutuksesta huolimatta niin vähän (9 kuntaa 23:sta), että kuntien kokonaismäärän ollessa kovin pieni muutenkin, ei näistä tehty johtopäätöksiä. Tieto olisi ollut varsin tärkeä arvioidessa hoidon käytön tasavertaisuutta resurssien näkökulmasta. Isoissa kunnissa portinvartijoita eli lähettäviä hammaslääkäreitä on useita, mikä vähentää yksittäisen tekijän osuutta lähetetyistä potilaista. Taasen pienimmissä PSHP:n kunnissa saattaa olla vain yksi hammaslääkäri, ja silti joistain pienimmistä kunnista oli kunnan kokoon nähden lähetetty varsin paljon potilaita. Tätä käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa 8.2.

Resurssikysymys koskee yksittäisten hammaslääkärien lisäksi myös suun terveydenhuollon palveluiden tarjontaa kunnissa yleisemmin. Esimerkiksi yksityishammaslääkärien määrä kunnassa tai sen läheisyydessä voi tarjota väylän saada lähete erikoissairaanhoidon, erityisesti jos potilaat kokevat, että julkiseen terveydenhuoltoon pääsy on heikkoa. Ter-

veyskeskuslääkäriin pääsyä oli Vaaraman, Moision ja Karvosen (2010) tutkimuksen mukaan omasta mielestään odottanut kohtuuttoman kauan 8-13% vastaajista. Em. tutkimus käsitteli kuitenkin yleisesti terveyskeskuslääkärille odotusta, eikä siinä eritelty odotusta hammaslääkäriin. Voidaan kuitenkin olettaa, että tulos on samansuuntainen hammaslääkärin suhteen.

Tätä tutkielmaa varten haluttiin alun perin hankkia taustatietoa myös PSHP:n alueen kuntien yksityishammaslääkäripalveluista ja haluttiin tarkastella niitä suhteessa suupolille tarkastelujaksolla lähettäneiden tahojen (julkinen/yksityinen) määrään. Tilastokeskuksen tiedot yksityisiä hammaslääkäripalveluja tarjoavista yrityksistä olivat kuitenkin maksullisia, eikä niitä täten otettu mukaan tutkielmaan. Lisäksi tutkimusaineistossa oli lähettänyt taho (yksityinen/julkinen) merkitty niin puutteellisesti, että tilastoitavaa tietoa tältä osin ei juuri-kaan muodostunut. Valtaosassa aineiston potilaita oli kyllä merkitty, onko lähettäjä yksityinen (n=95), julkinen (n=262) vai muu/tuntematon (n=24). Yksityisen tahon toimipaikkaa ei kuitenkaan oltu merkitty kuin yhden potilaan kohdalla. Näin ollen ei voida yhdistää tietoa kunnasta ja yksityisen palveluntarjoajan sijainnista.

On toki mahdollista, että potilas käy yksityishammaslääkärillä muussa kuin omassa asuinkunnassaan. Kun tietoja yksityisten hammaslääkärien toimipaikasta ei ole, ei voida myöskään vetää johtopäätöksiä siitä, kuinka paljon yksittäisen kunnan asukkaat käyttivät tätä palvelua. Periaatteessa esimerkiksi kihniöläinen potilas voi käydä Helsingissä yksityisellä hammaslääkäriasemalla, saada lähetteen TAYS:an ja tulla näin kirjatuksi tämän tutkielman otokseen yksityisesti lähetetyksi. Tämä ei kuitenkaan tarjoa tietoa Kihniön asukkaiden realistisesti käytettävissä olevista yksityishammaslääkäripalveluista, eikä näin ollen voida tarkastella PSHP:n alueen yksityishammaslääkäritarjontaa ja sen vaikutusta hoidon käyttöön. Voidaan ainoastaan todeta, että noin neljännes tämän tutkielman otoksen potilaista tuli suupolille yksityishammaslääkärin lähettämänä.

Näiden osoittimien perusteella asuinkunnan etäisyys yksinään ei ole määräävä tekijä siinä, kuinka paljon oikomishoidon erikoissairaanhoidon kyseisestä kunnasta käytetään. Etäisyydellä kuitenkin on tilastollisesti merkitsevä yhteys, mutta sen vahvistamiseen tarvittaisiin monipuolisempaa tutkimusaineistoa.

8.2 Erot asukasmäärältään eri kokoisten kuntien välillä

Asuinkunnan etäisyyden TAYS:sta lisäksi tutkielmassa tarkasteltiin sitä, onko kuntien asukasluvulla ja hoitoon tulleiden potilaiden määrällä yhteyttä. Kuvasta 7 nähdään, että suhteessa asukaslukuun kaikkein eniten potilaita (1,56/1000 asukasta) tuli kunnasta, jonka väkiluku on alle 5000 henkilöä. Taasen isoimmasta kunnasta Tampereelta hoitoon tuli tarkastelujaksolla vain 0,63 potilasta/1000 asukasta. Korrelaatiota potilaan asuinkunnan ja kunnan potilasmäärän välillä ei ollut ($r = 0,003$). Verrattuna kunnan etäisyyteen TAYS:an, kunnan asukasluku näyttääkin olevan toissijainen selittäjä kunnasta tulleiden potilaiden määrälle. Tämä oli odotettavissakin, sillä tarkastelemalla PSHP:n kuntien sijoittumista ja asukaslukua (kuva 3) ei kuntien koolla ja etäisyydellä näytä olevan kovin selkeää yhteyttä. Aivan pieniäkin kuntia on varsin lähellä Tamperetta, jolloin hoitopaikan saavutettavuus on hyvä. Toisaalta jotkut isoista kunnista olivat niitä, jotka sijaitsevat kauimpana TAYS:sta.

Kunnan koko vaikuttaa hoitoon tulleiden potilaiden määrään välillisesti: esimerkiksi yksityisiä hammaslääkäripalveluja lienee pienissä kunnissa huonommin tarjolla kuin esim. Tampereella. Kuntien ikärakenne ja asukkaiden tulotaso saattavat vaikuttaa myös, sillä pienimmissä periferiakunnissa Pirkanmaalla vanhempaa väestöä asuu enemmän (Kuntaliitto 2017d). Tässä tutkielmassa potilaiden ($n=381$) keski-ikä oli 29 vuotta. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, esimerkiksi vuonna 2015 somaattisen erikoissairaanhoidon oikomishoidon potilaiden keski-ikä oli 22 vuotta (THL 2017d). Jos ajatellaan, että erikoissairaanhoidon oikomishoitoon ohjautuu eniten nuoria potilaita, on kunnan ikärakenteella varmasti merkitystä. Näin ollen tilastojen valossa niistä kunnista, joissa ikärakenne painottuu vanhempiin ikäluokkiin, lähetettäisiin potilaita hoitoon todennäköisesti vähemmän. Edellä olevan todentaminen vaatisi kuitenkin rikkaampaa aineistoa kuntien ikä- ja palvelurakenne huomioon ottaen. Tämän tutkielman aineiston perusteella ei esimerkiksi voida olettaa, että palveluja olisi huonommin saatavilla asukasmäärältään pienissä kunnissa. Vaikka isossa kaupungissa, kuten Tampereella, julkisia terveystalveluja on tarjolla paljon, on myös potilaita moninkertainen määrä pieniin kuntiin verrattuna.

Kunnan väkiluku ei siis tässä aineistossa vaikuttanut TAYS:an oikomishoidon ensikäynnille tulleiden potilaiden määrään. Tämä on terveystalvelujärjestelmän kannalta positiivinen uutinen, yhdessä sen kanssa, että asuinpaikan etäisyys hoitopaikkaan ei ollut kovin suuri selittävä tekijä. Ainakaan näiden osoittimien perusteella siis erityistä epätasapuolisuutta ei näytä PSHP:n alueella oikomishoidon erikoissairaanhoidossa syntyneen. Hyvinvointivalti-

on yksi tärkeä periaate Kvistin (1999, 232) mukaan on palvelujen kattavuus ja PSHP:n alueella ainakaan kunnan väliluku tai etäisyys eivät näyttäneet asettavan asukkaita kovin eriarvoiseen asemaan.

8.3 Keskittämisen ja hajauttamisen vaikutukset oikomishoidon erikoissairaanhoidon

Suomen mahdollisesti tulevassa sote-uudistuksessa tullaan sairaalaverkkoa uudistamaan ja muokkaamaan (Pöysti 2016, 4), joskaan yksityiskohdista ei vielä ole julkistettu tarkkaa tietoa. Oikomishoidon erikoissairaanhoidon on tähän mennessä annettu 5 yliopistollisessa sairaalassa ja 15 keskussairaalassa (ks. tässä tutkielmassa kpl 2.3.1 ja liite 1). Hoitopaikkaverkkojen on oletettavaa jatkossa vuoden 2020 jälkeen noudattaa uutta 18 maakunnan maantieteellistä jakoa (Alueuudistus.fi 2017d), ja onkin mahdollista, että suun terveyden erikoissairaanhoidon julkisia toimipaikkoja tullaan Suomen tasolla karsimaan.

Hoitopaikan suhteen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa sote-uudistuksen myötä muutoksia tulisi vain Jämsän ja Kuhmoisen osalta. Nämä kaksi kuntaa siirtyisivät Keski-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin muiden jatkaessa uudessa Pirkanmaan maakunnassa (Valtiovarainministeriö 2016). Huomionarvoista näiden kahden kunnan tapauksessa on se, että ne ovat jo nytkin ainoat poikkeukset sairaanhoitopiiriin ja nykyisen maakunnan välillä; kaikki muut PSHP:n kunnat ovat alun perinkin pirkanmaalaisia kuntia. Jämsä ja Kuhmoinen ovat molemmat halunneet omasta tahdostaan liittyä PSHP:n palvelujen piiriin, houkuttimena saada päähoitopaikakseen yliopistosairaalan (TAYS) oman maakunnan (Keski-Suomi) päähoitopaikan eli Jyväskylän keskussairaalan sijaan (Jämsän kaupunki 2012). Tämän suhteen siis nämä kaksi kuntaa joutuvat palaamaan ajassa hieman taaksepäin.

Oikomishoidon erikoissairaanhoidon potilaille nykyisen PSHP:n alueen kunnista matka hoitopaikkaan tuskin pitenisi, jos oletetaan että nykyiset yliopistosairaalat (n=5) jatkavat toimintaansa nykyisellään. Jos julkisen toimijan lisäksi suun terveyden erikoissairaanhoidon tulisi myös yksityisiä toimijoita, voisi palveluverkosto jopa laajentua. Muutoksia tulee tämän tutkielman asetelmaan verraten tapahtumaan jo siinä, että jatkossa Suomessa potilaiden hoidon järjestävät maakunnat eivätkä yksittäiset kunnat (Alueuudistus.fi 2017d). Maakuntauudistuksen myötä kuntien erot hoitoon tulevien potilaiden määrässä hämärty-

vät, koska kunnan rooli itsessään muuttuu tai jopa katoaa. Alueellisten erojen tutkimus jatkossa tulee edelleen olemaan tärkeää ja tämän tutkielman tuloksia voidaan käyttää tulevaisuudessa vertailupohjana sote-uudistuksen jälkeisille muutoksille oikomishoidon erikoissairaanhoidossa. Sote-uudistus on kuitenkin tämän tutkielman kirjoittamisen hetkellä niin keskeneräinen, että tulevien muutosten arviointi PSHP:n asukkaiden näkökulmasta on hankalaa.

Keskittäminen järjestelmän näkökulmasta voidaan usein nähdä hyvänä vaihtoehtona, vaikka väestön ja erityisesti yksilöiden näkökulmasta muutokset voivat olla epämieluisia. Muissa maissa on kuitenkin havaittu, että vaikka matka-aika hoitoon pitenisi keskittämisen myötä, ei eriarvoisuus välttämättä kasva (Kobayashi, Otsubo ja Imanaka 2015). Yksittäisen kansalaisen näkökulmasta erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen lähellä asiakasta eli hajautettu järjestelmä olisi toivottava, mutta toisaalta Suomessa on todettu kuntien vahvan autonomian terveystalouden järjestämisessä vieneen hoidon tasavertaisuutta huonompaan suuntaan (Keskimäki 2003) ja esimerkiksi Norjassa terveystaloudellisen hajautuneisuuden ja tästä johtuvalla hoidon pirstaleisuudella on perusteltu sote-reformin tarvetta (Hagen ja Kaarbøe 2006, 320-321, Tjerbo ja Kjekshus 2005). Länsinaapurissamme Ruotsissa reformi ei kuitenkaan ole tuonut aivan toivotun laista yhdenvertaisuutta ja yhteneväisyyttä palveluihin, vaan päinvastoin vuoden 2010 Ruotsin sote-uudistuksen jälkeen 21 terveystaloudellista aluetta ovat kaikki kehittäneet varsin omanlaisensa järjestelmän.

Oikomishoidon erikoissairaanhoidon ollessa kyseessä, on huomioitava, että hoito on jo nyt varsin keskitettyä. Vaikka erikoislääkäripalveluja on alueesta riippuen saatavilla myös kunnissa, on vaativa erikoissairaanhoidon keskitetty sairaaloihin (ks. tässä tutkielmassa kappaleet 2.3.- 2.3.1). Jos järjestelmää oikomishoidon osalta edelleen aiottaisiin hajauttaa, tulee ottaa huomioon oikojaresurssin saatavuus. Oikojat ovat tällä hetkellä varsin tasapuolisesta jakautuneet eri erä-alueiden kesken (taulukko 1), tosin erä-alueiden maantieteellinen koko vaihtelee runsaasti (kuva 1). Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden työn mielekkyyden kannalta työmatkoja ei voida loputtomiin pidentää. Yksi mahdollisuus on pyrkiä kouluttamaan lisää oikoja, joskin jo nyt neljännes valmistuvista erikoishammaslääkäreistä on suuntautunut oikomishoitoon (Suomen hammaslääkäriliitto 2017) erikoisaloihin ollessa useita (Puolijoki ja Tuulonen, 22). Kun tämän tutkielman tulosten perusteella pidempi matka hoitopaikkaan vähentää hoitoon tulevien potilaiden määrää ja aiemman tutkimusnäytön perusteella (mm. Kobayashi, Otsubo ja Imanaka 2015; LaVela 2004; Mooney 2000) tiede-

tään, että pitempi matka hoitoon vähentää hoitoon sitoutumista ja hoidon tehokkuutta, ei tässä tutkielmassa suositella oikomishoidon erikoissairaanhoidon enää mittavampaa keskittämistä.

9 Pohdinta

9.1 Tutkielman vahvuudet

Tässä tutkielmassa haluttiin saada tietoa oikomishoidon erikoissairaanhoidon käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Erityisesti haluttiin selvittää, onko hoidon käytöllä eroa PSHP:n periferian ja keskuskuntien välillä. Lisäksi tarkasteltiin, onko kunnan asukasluvulla vaikutusta hoidon käyttöön.

Tutkielman vahvuus on sen tarjoama uusi tieto em. hoitoa käyttäneistä potilaista. Tutkielmaa varten muodostettiin olemassa olevasta rekisteridatasta omilla kriteereillä rajattu aineisto, joka oli tarkoitettu juuri tätä tutkielmaa varten. Näin data on osuvampaa ja palvelee juuri tämän tutkielman tutkimuskysymyksiin vastaamista. Koska kuitenkin käytettiin olemassa olevaa potilasdataa mutta se muokattiin omaan tutkielmaan sopivaksi, kutsutaan aineistoa sekundaariaineistoksi (Hirsjärvi 2008, 180). Tutkittua tietoa erikoissairaanhoidon oikomishoidon käytöstä kuntatasolla ei ole saatavilla, ja suurin osa olemassa olevasta tutkimuksesta on tehty resurssien tai odotusaikojen näkökulmasta (ks. tässä tutkielmassa kpl 2.3.3). Tämä tutkielma tarjoaa uutta tietoa alueellisuuden tasavertaisuuden kontekstissa. Koska kyseessä on melko pieni otos ja maantieteellisesti rajattu alue, ei tutkielmalla tavoitella yleistettävää tietoa vaan pikemminkin on kyse tapaustutkimuksesta, joka antaa tietoa TAYS:n suupolin oikomishoidon potilaista vuosina 2014-2016. Kansanterveystieteen perinteeseen tämä tutkielma sijoittuu alueellisen tasavertaisuuden ja terveyspalvelujärjestelmän tutkimuskenttään. Tutkielmaa on taustoitettu laajasti aikaisemmalla tutkimustiedolla hyvinvointivaltion regiimien ja muiden pohjoismaisten terveyspalvelujärjestelmien kontekstissa.

Tutkielman aineistosta tehdyt päätelmät tehtiin tukeutuen tilastollisiin menetelmiin, mutta lisäksi aineiston luonteesta ja teknisistä ominaisuuksista johtuen käytettiin myös laadullista päättelyä. Koska tutkimustietoa juuri kyseisestä spesifistä potilasfraktiosta alueellisuuden kontekstissa ei ole saatavilla, nojautuivat johtopäätökset lähialojen ja muiden relevanteiksi

katsotun kirjallisuuden kontekstiin. Tutkimuskysymykset asetettiin alueellisuuden kontekstissa, ja kun aineiston perusteella alkuhypoteesi ei vahvistunut, oli eroille hoidon käytössä tarpeen etsiä muita syitä raaka-aineistosta. Tällä tavoin päättelämällä tutkija päätyi ajatukseen mm. yksittäisten lähettävien tahojen aktiivisuuden vaikutuksesta potilasmääriin sekä pohdintoihin resurssipulasta johtuviin potilaiden ”siirtelyyn” perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon.

Vaikka tämän tutkielman aineistossa oli vajavaisuuksia (ks. seuraava kpl 9.2), on näitä heikkouksia pyritty ottamaan huomioon aineiston analyysissä ja pohdinnassa mahdollisimman hyvin. Lumme (2017) kuvasi Terveystieteiden tutkimuksen päivien esityksessään, miten alueellista tasavertaisuutta voidaan tilastollisesti mitata ja mitkä asiat tulee ottaa huomioon. Hän kehotti ottamaan huomioon alueiden erilaiset populaatiokoot, tämä ongelma selvitettiin tässä tutkielmassa vakioimalla potilasmäärät/1000 asukasta ja näin lisättiin vertailukelpoisuutta eri kuntien potilasmäärien kesken. Seuraavaksi Lumme kehotti pohtimaan alueiden riippuvuutta toisistaan. Tämä huomioitiin analyysi- ja johtopäätösosassa tuomalla esiin mm. keskuskuntien lyhyempiä maantieteellisiä etäisyyksiä hoitopaikkaan Tampereelle sekä lisäämällä arvioita mm. liikenneyhteyksien vaikutuksesta hoitoon tulemiseen. Kolmanneksi potilaiden ikä- ja sosioekonominen rakenne tulee Lumpeen mukaan ottaa huomioon. Ikää pyrittiin tässä tutkielmassa analysoimaan ja kuvaamaan, joskaan tätä ei tutkielmassa tehty kovin mittavasti. Potilastiedoista ei käynyt ilmi potilaiden sosioekonominen asema. Viimeisenä Lumme nimeää potilaiden ja potilasryhmien erilaisen hoidon tarpeen huomioimisen, kun halutaan mitata tasavertaisuutta terveydenhuollossa. Tietoa oikomishoidon potilaiden eri sairautentilojen ja hoitoon johtaneiden syiden prevalenssista ja insidenssistä ei tästä tutkimusaineistosta ollut mahdollista analysoida, joten tutkielmassa keskityttiin tarkastelemaan hoidon käyttöä saatavuuden sijaan ja pohtimaan tuloksia tasavertaisuuden kontekstissa.

9.2 Tutkielman heikkoudet

Tutkielman heikkoudet liittyvät suurimmaksi osaksi aineistoon ja mahdolliseen valikoitumisharhaan. Tutkimusaineiston muodostaminen on kuvattu tämän tutkielman kappaleessa 5.2. Otannan ja vuosirajauksen suunnittelu tehtiin alun perin TAYS:n suupolin ylihammaslääkärin kanssa yhteistyössä. Alun perin vuosirajaus valittiin siten, että tutkimusaineistoon

päätyisi riittävä määrä potilastietoja mutta niin, että määrä olisi pro gradu-tutkielman resursseilla käsiteltävissä. Vuosirajausta ei kuitenkaan haluttu tehdä vain esim. yhdelle vuodelle, näin varmistettiin laajempi otanta. Kuitenkin lopulta vuosien 2014-2016 rajauksella saatiin yli 700 potilaan tiedot, joiden täydellinen manuaalinen läpikäyminen ylitti tämän tutkielman resurssit. Potilaiden sisäänotto piti tehdä oikomishoitoon liittyvien diagnoosien perusteella, koska pelkästään suupolilla hoidossa oleminen ei taannut sitä, että potilas oli oikomishoidon potilas. Samat ammattilaiset hoitavat suupolilla paljon esimerkiksi uniapneapotilaita, joita ei sisällytetty tähän tutkielmaan.

Aineistoa kootessa huomattiin, että läheteiden perusteella luokitellut päädiagnoosit eivät olleet lainkaan johdonmukaisesti tai yhteneväisesti kirjattu eri kunnista ja eri palveluntarjoajilta tulleissa läheteissä, vaan potilaalta saattoi esimerkiksi puuttua päädiagnoosi kokonaan tai niitä oli useita. Tutkija päätyi siis rajaamaan aineiston siten, että päädiagnoosiksi katsottiin ensimmäisenä potilasasiakirjoihin kirjattu diagnoosi tai mahdollisesti erikseen nimellä ”päädiagnoosi” annettu ICD-koodi. Mahdolliset lisädiagnoosit jätettiin huomiotta. Näin saatiin sisäänottokriteeri tältä osin yhdenmukaiseksi, mutta toisaalta tutkielman ulkopuolelle saattoi nyt jäädä potilaita, joilla oli lisädiagnoosina joku oikomishoitoon liittyvä diagnoosikoodi. Tämä ongelma oli siinä mielessä tutkijasta riippumaton, että kirjaamiskäytäntöjen epäjohdonmukaisuuteen ei tässä tutkielmassa ollut mahdollista vaikuttaa, vaan aineisto piti ottaa käyttöön sellaisena kuin se oli TAYS:n tietojärjestelmästä mahdollista saada.

Oikomishoidon käytöksi katsottiin tässä tutkielmassa ensikäynti suupolilla. Katsottiin siis, että perusterveydenhuollon portinvartijan ”ohi pääseminen” oli indikaattori hoidon saamisesta. Tutkimussuunnitelman mukaan tarkoitus oli käydä läpi kaikki potilastiedot ja ottaa mukaan tutkielmaan oikomishoidon aloittaneet potilaat. Koska kaikkia potilaskertomuksia ei voitu lukea manuaalisesti alusta loppuun läpi vaan rajaus jouduttiin tekemään diagnoosin perusteella, ei voitu varmistua siitä, alkoiko hoito todella kaikilla tutkielmaan mukaan otetuilla potilailla. Potilas saattoi esimerkiksi kieltäytyä hoidosta ensikäynnin jälkeen tai potilas ei täyttänyt erikoissairaanhoidon kriteerejä (ks. tässä tutkielmassa kpl 5.2). Lisäksi kun aikarajaus oli tehty vuosille 2014-2016, oli suupolin pitkistä odotusajoista johtuen hoito monella potilaalla vielä kesken aineistonkeruuhetkellä keväällä 2017. Lähele saattoi olla kirjattuna järjestelmään ja ensikäynti käytynä, mutta jatkosuunnitelmia ei ollut vielä olemassa. Tämä ongelma oltaisiin voitu välttää valitsemalla vuosirajaukseksi hieman vanhempi aikajänne.

Aineiston valikoitumisharhan lisäksi sekä alkuperäiseen raakadataan että tutkijan muokkaamiin muuttujiin voi liittyä luokitteluharhaa. Luokitteluharha tämän tutkielman raaka-aineistossa on mahdollinen juuri aineiston ei-standardoidun koodaamisen (diagnoosikoodien) vuoksi. Luokitteluharhassa havaintoyksiköt päätyvät luokkiin eri perusteilla (Lambert 2010) ja tässäkin tutkielmassa on mahdollista, että samalle diagnoosikoodille koodatuilla potilailla oli eroavaisuuksia esim. hoidon tarpeessa. Myös omiin muokattuihin muuttujiin liittyy valikoitumisen riski. Esimerkiksi potilaan asuinkunnan etäisyys TAYS:an- muuttuja pienempiin luokkiin luokittelemalla olisi saatettu saada esiin enemmän eroja luokkien välillä. Muuttujien luokittelu tehtiin siten, että pienehköstä aineistosta saatiin aikaan riittävä määrä eri luokkia tilasto-analyysien tekoon kuitenkin niin, ettei mikään luokka jäänyt liian pieneksi. Tässä tutkielmassa esimerkiksi kunnan etäisyyden luokittelu absoluuttisten kilometrimäärien sijaan oli tärkeää potilaiden tietosuojan säilyttämiseksi (ks. tässä tutkielmassa kpl 5.2). Luokittelussa kuitenkin aina hukataan informaatiota (Heikkilä 2008, 133), ja tulosten luotettavuuden lisäämiseksi korrelaatioiden laskemiseen käytettiin tämän tutkielman analyysissä absoluuttisia lukuja, mutta näitä lukuja ei esitetty muihin potilastietoihin yhdistettyinä.

Viimeisenä vääristymän mahdollisuutena tässä tutkielmassa on sekoittuneisuusharha. Tässä harhassa löydetään syy-yhteyksiä tekijöiden välillä, vaikka todellisuudessa jokin muu, sekoittava tekijä, aiheuttaa yhteyden (Porta 2016). Tässä tutkielmassa siis löydettiin tilastollinen yhteys potilaan asuinkunnan etäisyyden ja hoitoon päätyneiden potilaiden määrän välillä. Voi kuitenkin olla, että jokin muu tekijä kuin kunnan etäisyys on syynä tähän korrelaatioon. Tätä on tosin pohdittu useasti tässä tutkielmassa ja esitetty muiden syiden mahdollisuus ja esitetty laajempia analyyseja useammilla muuttujilla (ks. kpl 8.1).

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Tätä tutkielmaa varten koottiin uusi aineisto olemassa olevasta potilasrekisteristä. Vaikka yksinkertainenkin aineisto voi tuottaa rikkaita analyyseja, on aina opinnäytetyötä (esim. pro gradu) tehdessä otettava huomioon rajalliset aika- ja muut resurssit ja ymmärrettävä, että opinnäyte tarjoaa tutkimusaiheeseen vain yhden näkökulman ja voi olla vajavainenkin (Hirsjärvi 2008, 66). Tätä tutkielmaa varten näkökulma valittiin alueellisten terveyserojen kontekstissa. Tutkielman tulokset tarjoavat poikkileikkaavaa ja kuvaavaa tietoa oikomis- hoidon erikoissairaanhoidon potilaista TAYS:n suupolilla vuosina 2014-2016.

Jotta voitaisiin tutkia tarkemmin potilaiden päätymistä hoitoon, hoidon saatavuutta ja portinvartijajärjestelmän toimivuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, tarvittaisiin potilaista ja heidän taustoistaan sekä terveydenhuollon resursseista lisää informaatiota. Jos vielä haluttaisiin tämän kaltaisen tutkimustiedon pohjalta tehdä ehdotuksia ja näyttöön perustuen suositella terveystalouden käytännön muutoksia, tarvittaisiin tietoa mm. alueen demografiasta, maantieteestä, potilaiden sosioekonomisesta asemasta ja taloudesta (esim. alueen kuntien terveystaloudesta) (Kinnunen ym. 2007, 169). Jatkossa tätä tutkielmaa varten koottua aineistoa voitaisiinkin täydentää kuntien em. tiedoilla ja yhdistää lisäksi dataa esim. heidän sairastavuudestaan TAYS:n potilasrekisteristä. Tällainen tutkimus vaatisi omanlaisensa tutkimusluvut.

Tämän tutkielman tarkoituksena oli alun perin nykyisten analyysien lisäksi yhdistää tietoa kuntien yksityisistä hammaslääkäripalveluista ja lisäksi saada tarkka tieto jokaisen kunnan oikoja- ja yleishammaslääkäriresursseista. Molempia näitä tietoja yritettiin hankkia, mutta koska maksullista dataa (yksityishammaslääkärien tiedot kunnittain) ei pro gradu-tutkielmassa haluttu käyttää ja vastausprosentti kuntiin lähetetyssä resurssikyselyssä oli hyvin pieni, jätettiin nämä tiedot tutkielman ulkopuolelle. Jatkossa olisikin hedelmällistä vertailla kunnista erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden määrää ja laatua suhteessa kunnassa käytettävissä oleviin hammaslääkäriresursseihin, sekä yksityisiin että julkisiin.

Nykyisen aineiston rajauksessa jouduttiin tutkielman resurssien puitteissa tekemään melko karkeitakin rajanvetoja, erityisesti sisäänottokriteerinä käytetyn potilaan päädiagnoosin suhteen (ks. tässä tutkielmassa kpl 5.2). Jatkotutkimuksessa olisikin hyödyllistä pohtia kenties jotain toisenlaista diagnoosien rajausta niin, että myös toissijaiset diagnoosit saataisiin mukaan. Samoin olisi hyödyllistä tietää, jatkuiko potilaan hoito ensikäynnin jälkeen vai ei. Tämä vaatisi pidemmän aika-otannan ja mahdollisesti follow-up-otannan myöhemmin. Toisaalta jo tätä tutkielmaa varten koottua potilasaineistoa voitaisiin rikastaa käymällä uudelleen läpi kaikkien potilaiden tiedot manuaalisesti potilastietojärjestelmästä ja poimia sieltä tietoa esimerkiksi laajemmilla sisäänottokriteereillä. Näin saataisiin tämän tutkielman vuosiotannallakin aikaan laajempi potilasaineisto, mikä samalla mahdollistaisi myös moniulotteisemmat tilastoanalyysit (esim. logistinen regressio: vaikuttiko potilaan hoidon alkamiseen lähettävän tahon status yksityinen/julkinen).

TAYS:n potilaskirjausten ja lähetekäytännön parantamisen näkökulmasta tämäkin tutkielma tarjosi jo paljon tietoa. Lähetekäytännön yhtenäistäminen kuntien kesken olisi ensisi-

jainen tehtävä, jotta tämän pro gradu-tutkielman kaltaiset rekisteritutkimukset suupolin potilasdatasta ovat ylipäättään mahdollisia. Jotta tietoja voidaan vertailla ja potilasaineistosta muodostaa analysoitavaa dataa, tulee hoitohenkilökunnan kirjaamista yhdenmukaistaa.

Tämän tutkielman aineistossa käytetty data sisälsi tietoja sekä paperisilta että sähköisessä muodossa laadituista potilaslähetteistä. Paperilähteet olivat luonnollisesti huomattavasti vapaamuotoisempia kuin puolistrukturoitu sähköinen lähete, jonka senkin käytössä olisi parannettavaa. Jotkut paperiset lähteet kunnista oli tehty täysin vapaamuotoon ns. tyhjälle paperille. Sähköinen lähete tulisi olla ensisijainen käytettävä formaatti. Lähete tulisi olla nykyistä strukturoidumpi, sisältää selkeitä kysymyksiä ja valmiita vastausvaihtoehtoja. Nyt paljon vapaata tekstiä sisältävä lähete aiheuttaa ongelmia, kun eri lähetteen tekijät kirjaavat varsin erilaisia ja eri laajuisia tietoja potilaista. Edes tämän tutkielman sisäänotto-kriteerinä toiminut päädiagnoosi ei ollut yhdenmukaisesti kirjattu, ja joidenkin potilaiden tiedoista se puuttui kokonaan.

Sähköisen lähetteen puute itsessään aiheuttaa merkittäviä vaikeuksia ison aineiston automaattiselle tilastopöiminnälle potilasrekisteristä. Jatkossa TAYS:n potilastietojärjestelmää Uranusta tulisi sisäisesti kehittää palvelemaan paremmin suupolin ja tutkimuksen tarpeita. Tässä varsin tärkeänä lisänä tulisi olla sähköisen lähetelomakkeen käyttöönotto kaikissa kunnissa, ja jo olemassa olevan sähköisen lähetelomakkeen parantaminen tarkemmaksi ja vähemmän vapaata tekstiä sisältäväksi. Diagnoosin määrittely ja pää- ja lisädiagnoosien hierarkian selventämiseen tarvitaan lisäksi yhtenäiset ohjeet ja käytännöt.

10 LÄHTEET

Aalto A., Elovainio M., Tynkkynen L., Reissell E., Vehko T., Chydenius M. ja Sinervo T. 2017. What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, September 2017.

Ahonen A., Vuorio L. ja Tähtinen T. 2015. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015.

Aittola M. 2014. Karjala Pietarin periferiana 1700-luvulla ja 1800-luvun alussa eurooppalaisen kirjallisuuden kuvassa. Teoksessa: Alenius, K. ja Fält, O. K. Keskus ja periferia muuttuvassa maailmassa. *Studia historica septentrionalia* 70. Tornio 2014.

Albalade, D., Bel, G. and Fageda, X. 2012. Beyond the efficiency-equity dilemma: Centralization as a determinant of government investment in infrastructure. *Papers in Regional Science*, 91: 599–615.

Alueuudistus.fi 2017a. Aikataulu. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/aikataulu> (Viitattu 23.11.2017)

Alueuudistus.fi 2017b. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys> (Viitattu 27.11.2017)

Alueuudistus.fi 2017c. Sote-uudistuksen tavoitteet. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet> (Viitattu 5.12.2017)

Alueuudistus.fi 2017d. Maakunnat. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/maakunnat2020> (Viitattu 28.11.2017)

An Q., Yan H., Wu J. ja Liang L. 2016. Internal resource waste and centralization degree in two-stage systems: An efficiency analysis. *Omega* 61 (Supplement C), 89-99.

Andrews R., Boyne G.A., Law J., Walker R.M. 2009. Centralization, organizational strategy, and public service. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 01/2009, 19, No.1.

Anttonen A. ja Sipilä J. 2010. Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus, Sosiaali-politiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, Vol 18, nro.2 p. 104-120, helmikuu 2010. Saatavilla: <http://journal.fi/janus/article/view/50556>. (Viitattu: 15.4.2017)

Anttonen A. 2002. Universalism and social policy: A Nordic-feminist revaluation. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 10(2), 71-80.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912#L6> (viitattu 30.9.2017)

Auvinen A 2010. Abdel Omran ja epidemiologinen transiio. Teoksessa: Yhteiskunta ja terveys, klassisia teoreettisia näkökulmia. Ashorn U., Henriksson L., Lehto J. ja Nieminen P. (toim.). Gaudeamus, Helsinki University Press 2010.

Banerjee, S. 2015. Multimorbidity--older adults need health care that can count past one. *The Lancet* 385(9968), 587.

Bevan G., Helderman J. ja Wilsford D. 2010. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health Economics, Policy and Law* 5(3), 251-267.

Blainaid D., Batchelor P., Treasure E.T. ja Watt R.G. 2013. *Essential dental public health*. Oxford University Press. Oxford 2013.

Blendon R.J., Kim M. ja Benson J.M. 2001. The Public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001 20:3, 10-20.

- Boyne G.A. 2003. Sources of Public Service Improvement: A Critical Review and Research Agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory*: 13(3), 367-394.
- Brekke K.R. ja Straume O.R. 2017. Competition policy for health care provision in Norway. *Health Policy* 121(2), 134-140.
- Brown, S., Castelli, M., Hunter, D. J., Erskine, J., Vedsted, P., Foot, C., ja Rubin, G. 2014. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: A narrative review. *Social Science & Medicine* (1982), 116(100), 56–63.
- Chen W., Wen M., Lin Y. ja Liang Y. 2016. On the relationship between healthcare expenditure and longevity: evidence from the continuous wavelet analyses. *Quality & Quantity* 50(3), 1041-1057.
- Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C. ja Steel D. 2015. United Kingdom Health System Review. World Health Organization, the European Observatory on Health Systems and Policies. The King's Fund Vol. 17 No. 5 2015.
- Dimberg L., Arnrup K. ja Bondemark L. 2014. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *European Journal of Orthodontics* 2015 June; 37 (3): 238-47.
- Erikson R., Hansen E.J., Ringen S. ja Uusitalo H. 1987. Preface. Teoksessa Erikson R., Jørgen Hansen E., Ringen S. ja Uusitalo H. 1987. (toim.) *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. Armonk: M.E. Sharpe, vii–ix.
- Esping-Andersen G. 2002. *Why do we need a new welfare state*. Oxford University Press 2002.
- Goddard M. ja Smith P. 2001. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science ja Medicine* 53 (2001) 1149–1162.
- Grydehøj A. 2014. Constructing a Centre on the Periphery: Urbanization and Urban Design in the Island City of Nuuk, Greenland. *Island studies journal* 2014: 9;2. p. 202-222.
- Gulati R., Bhatnagar P., Gupta P. ja Nilotpal K. 2016. Interceptive orthodontics: a headway towards normal occlusion – report of two cases. *Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*, July-September 2016;2(3):126-130.
- Hagen T.P. ja Kaarbøe O.M. 2006. The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy* 76(3), 320-333.
- Hakovirta, M. ja Kuivalainen, S. ja Rantalaiho, M. 2013. Welfare state support of lone parents – Nordic approaches to a complex and ambiguous policy field. Teoksessa: Ulmestig, R. ja Harslof, I. (toim.): *Changing social risks and social policy adaptation in the Nordic welfare states*. Palgrave Macmillan.
- Harjula M. 2015. *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvet Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere university press
- Harsløf I. ja Ulmestig R. (2013) *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States*. Palgrave Macmillan 2013.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki 2008.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (Viitattu 29.11.2017)
- Hirsjärvi S., Remes P. ja Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Kustannus oy Tammi 2008, Keuruu.
- Huhtanen P., Rintala T. ja Karvonen S. 2005. Sosiaali- ja terveystenien alueelliset erot ja hyvinvointi kunnassa. THL yhteiskuntapolitiikka. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117100> (Viitattu 7.5.2017)

HUS 2017a. Suu- ja leukakirurgian poliklinikka. Saatavilla: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/silma-korvasairaala/suu_leukasairaudet/suu_leukakirurgia_pkl/Sivut/default.aspx (Viitattu 11.4.2017)

HUS 2017b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Elinsiirrot. Saatavilla: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/Sivut/default.aspx> (Viitattu 11.4.2017)

HUS 2017c. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Huuli- ja suulakihalkiokeskus HUSUKE. Saatavilla: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/toolonsairaala/osastot/husuke/sivut/default.aspx?redirected=1> (Viitattu 11.4.2017)

Häkkinen U. ja Alha P. 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2006.

Häkkinen U. ja Lehto J. Reform, change and continuity in Finnish health care. *Journal of health politics, policy and law* 30, 1-2. 79-96.

Jämsän kaupunki 2012. Jämsän kaupunki ja Kuhmoisten kunta siirtyvät Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin jäsenkunniksi 1.1.2013. Tiedote. Saatavilla: <http://www.jamsa.fi/kaikki-jamsan-kaupungin-tiedotteet/1220-sairaanhoitopiiri-vaihtuu-ensi-vuoden-alusta> (Viitattu 1.12.2017)

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066#L3> (viitattu 30.9.2017)

Kela 2016. Sairaanhoitokorvausten saajat/hammashoito. Kelan tilastotietokanta Kelasto. Saatavilla: http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet (Viitattu 16.10.2016)

Keskimäki I. 1997. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. STAKES research reports 84. Helsinki: Stakes, 1997.

Keskimäki I. 2003 How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 56(7), 1517-1530.

Keskimäki I., Koskinen S., Salinto, M. ja Aro S. 1997. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *European Journal of Public Health*, Volume 7, Issue 4, 1 December 1997, p. 392-397.

Keskimäki I., Manderbacka K. ja Teperi J. 2008. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa, toim. Ashorn U. ja Lehto J. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2008.

Keskimäki I., Salinto M. ja Aro S. 1995. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Social Science & Medicine* 41(3), 425-431.

Kinnunen J., Danishevski K., Deber R.B. ja Tulchinsky T. 2007. Effects of decentralization on clinical dimensions of health systems. Teoksessa: Saltman R.B., Bankauskaite V. ja Vrangbaek K. Decentralization in health care. European observatory on health systems and policies series 2007.

Kleemola-Kujala E., Pirinen S., Thesleff I., Virolainen K., Nyström M., Hurmerinta K., Arte S., Kilpeläinen P. ja Pirttiniemi P. 2008. Ortodontia. Teoksessa: *Therapia Odontologica*, toim. Autti H., Le Bell Y., Meurman J.H. ja Murtomaa H. Hansaprint oy, Vantaa 2008.

Kobayashi D., Otsubo T. ja Imanaka Y. 2015. The effect of centralization of health care services on travel time and its equality. *Health Policy* 119(3), 298-306.

Koivusalo M., Ollila E. ja Tritter J. 2008. Kansalaiset, asiakkuus ja Euroopan unionin vaikutukset terveydenhuoltoon. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa, toim. Ashorn U. ja Lehto J. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2008.

- Konki K. ja Laine J. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Saatavilla: <http://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3859-5> (Viitattu 11.4.2017)
- Kröger, T. 2011. Retuning the Nordic welfare municipality. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3), 148-159.
- Kuntaliitto 2016a. Kuntien ja kuntayhtymien menot ja tulot 2016. Saatavilla: https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/menot_ja_tulot_marraskuu2017.pdf (Viitattu 16.10.2017)
- Kuntaliitto 2017a. Sairaanhoidopiirit ja erva-alueet. Saatavilla: https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoidopiirit2017_0.pdf (viitattu 25.11.2017)
- Kuntaliitto 2017b. Väestötietoja kunnittain. Saatavilla: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/vaestotietoja-kunnittain> (viitattu 19.11.2017)
- Kuntaliitto 2017c. Kuntanumerot ja kuntapohjaiset aluejaot. Saatavilla: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/kuntanumerot-ja-kuntapohjaiset-aluejaot> (Viitattu 18.10.2017)
- Kuntaliitto 2017d. Kuntien väestö ja ikärakenne. Saatavilla: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/kuntien-vaesto-ja-ikarakenne> (viitattu 28.11.2017)
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino 2011, Tampere.
- Kvist J. 1999. Welfare reform in the Nordic countries in the 1990s: using fuzzy set theory to assess conformity to ideal types. *Journal of European social policy* 9 (1999): 3, 231–252
- Laine P. 2008. Ortognaattinen kirurgia. *Therapia Odontologica* 2008. http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod21160&p_ha (Viitattu 11.4.2017)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (Viitattu 8.11.2016)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734> (viitattu 30.9.2017)
- Lambert J. (2010) Statistics in Brief: How to Assess Bias in Clinical Studies? *Clinical Orthopaedics and Related Research* 469(6), 1794-1796.
- Lankila, T; Kotavaara, O; Antikainen, H; Hakkarainen, T ja Rusanen, J. Sosiaali- ja terveystalouden kehityskuva 2025–paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopiston maantieteen tutkimusyksikkö. Saatavilla: https://media.sitra.fi/julkaisut/Muut/Sosiaali_ja_terveyspalveluverkon_kehityskuva_2025.pdf Viitattu 15.4.2017)
- LaVela S.L., Smith B., Weaver F.M. ja Miskevics S.A. 2004. Geographical proximity and health care utilization in veterans with SCI&D in the USA. *Social Science & Medicine* 59(11), 2387-2399.
- Lehto J. 1998. Muuttuuko pohjoismainen sosiaali- ja terveystaloudellisuusmalli? *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (1998): 5-6
- Lehto J. 2015. Pohjoismainen vai omalaatuinen terveydenhuolto? Teoksessa Niemelä M., Kokkinen L., Pulkki J., Saarinen A. ja Tynkkynen L-K. (toim.) 2015. *Terveydenhuollon muutokset*. Tampere University Press 2015. Tampere.
- Lehto J. ja Blomster P. 1999. 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveystaloudellisuuden suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 3
- Lehto J. ja Tynkkynen L-K. 2013. Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013):6.

Lehto J., Mossa N. ja Rostgaard T. 1999. Universal public social care and health services? Teoksessa: Nordic Social Policy: Changing welfare states. Routledge 1999.

Leppo K. 2010. Rakenteellisesta terveystaloudesta HiAP:iin: mikä muuttui Suomessa 1970-2010? Teoksessa: Terveystalouden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Rimpelä A. ja Ståhl T. 2010. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki 2010.

Leppo K., Ollila E., Peña, S., Wismar M. ja Cook S. 2013. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Saatavilla: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf (viitattu 15.11.2017)

Lumme S. 2017. How to measure equity? Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Esitys Terveystalouden tutkimuksen päivillä 24.11.2017. Esitys saatavilla pro gradu-tutkielman tekijältä.

Lumme S., Manderbacka K., Keskimäki I. Trends of relative and absolute socioeconomic equity in access to coronary revascularisations in 1995–2010 in Finland: a register study. International Journal for Equity in Health. 2017; 16:37.

Luoto R., Laine M., Alha P., Koskinen S., Martelin T., Reunanen A., Virtala E. ja Aromaa A. 2000. Terveystalouden ja hoidontarve alueittain Suomessa 1996-2010. Kansanterveyslaitoksen Julkaisuja B2/2000, 1-174.

Lääkäriliitto 2016. Terveystalouden lääkäritilanne 2016. Saatavilla: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tk_laakaritilanne_2016_tiedotus.pdf (Viitattu 22.6.2017)

Magnussen J., Vrangbaek K. ja Saltman R.B. 2010 (toim). Nordic health care systems- recent reforms and current policy challenges. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press UK 2010.

Manderbacka K., Aalto A-M., Kestilä L., Muuri A. ja Häkkinen U. 2017. Eriarvoisuus somaattisissa terveystaloudissa. THL: Tutkimuksesta tiiviisti 2/2017.

Marquezin, M. C. S., Kobayashi, F. Y., Montes, A. B. M., Gavião, M. B. D., ja Castelo, P. M. 2013. Assessment of masticatory performance, bite force, orthodontic treatment need and orofacial dysfunction in children and adolescents. Archives of Oral Biology, 58(3), 286-292.

Masseria C., Irwin R., Thomson S., Gemmill M. ja Mossialos E. 2009. Primary care in Europe- Policy brief. The London school of economics and political science. Saatavilla: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en> (Viitattu 22.10.2017)

Mohlin B., Domgaard P., Egermark I., Kurol J., ja Pietilä T. 2007. Hoitamattomiin purentavirheisiin liittyvät terveystaloudet. Suomen hammaslääkärilehti 2007;14(6):308-313

Mooney C., Zwanziger J., Phibbs C.S. ja Schmitt S. 2000. Is travel distance a barrier to veterans' use of VA hospitals for medical surgical care? Social Science & Medicine 50(12), 1743-1755.

Muuri A., Manderbacka K., Vuorenkoski L. ja Keskimäki, I. 2008. Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveystaloudellisuuden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):4.

Männistö J., Virtanen J. ja Widström J. 2014. Erikoissairaanhoito suun terveystaloudessa 1996-2013. Suomen hammaslääkärilehti 2014;5(21)

Nevalainen E. 2014. Englannin ja Skotlannin välinen suhde brittiläisten sisällissotien aikakaudella ydin- ja periferia- käsitteiden näkökulmasta. Teoksessa: Alenius K. ja Fält O. K. Keskus ja periferia muuttuvassa maailmassa. Studia historica septentrionalia 70. Tornion kirjapaino 2014.

Närvi J. 2014. Määräaikainen työ, vakituinen vanhemmuus - Sukupuolistuneet työurat, perheellistyminen ja vanhempien hoivaratkaisut. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos ja Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Juvenes Print Tampere 2014.

OECD 2015. OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

OECD 2017. Economic survey of Sweden 2017. Saatavilla: <http://www.oecd.org/sweden/economic-survey-sweden.htm> (viitattu 29.11.2017)

Oliver A., Mossialos E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action.

Pahkala R ja Heino J. Effects of sagittal split ramus osteotomy on temporomandibular disorders in seventy-two patients. *Acta Odontologica Scandinavica* 2004; 62: 238–44.

Pajukoski M. 2006. Teoksessa: Teperi J., Vuorenkoski L., Manderbacka K., Ollila E. ja Keskimäki I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle –Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes: Helsinki, 28.

Palosuo H., Linnanmäki E., Sihto M. ja Koskinen S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot--terveyspolitiikan ikuisuusongelma? *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja* 122(12), 1409.

Palosuo, H; Sihto, M; Lahelma, E; Lammi-Taskula, J ja Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print yliopistopaino oy.*

Panula, K; Somppi M; Finne K; Oikarinen K. Effects of orthognathic surgery on temporomandibular joint dysfunction. A controlled prospective 4-year follow-up study. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2000; 29: 183–7.

Parhiala K., Hetemaa T., Sinervo, T., Nuorteva L., Luoto E., ja Krohn M. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt- Kyselytutkimuksen tuloksia 3: Ostopalvelut, ulkoistukset ja asiakasmaksut. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksesta tiiviisti 21/2016.* Helsinki 2016.

Parikka S., Martelin T., Koskela T., Härkänen T., Kilpeläinen K., Tarkiainen L. ja Koskinen S. 2017. Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 19956-2014. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.* Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132064/URN_ISBN_978-952-302-831-9.pdf?sequence=1 (viitattu 14.8.2017)

Perustuslaki L731/1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (Viitattu 16.10.2017)

Pietilä T., 1998. Orthodontic care in Finnish health care centres. University of Turku 1998. Väitöskirja.

Pirttilä J., ja Tuomala M., 2012. Julkisrahoitteiset palvelut osana uudelleenjako- ja hyvinvointijärjestelmää: pohjoismainen malli. Teoksessa: Anttonen A., Haveri A., Lehto J., ja Palukka H. (toim.) 2012. Julkisen ja yksityisen rajalla, julkisen palvelun muutos. Tampere University Press 2012.

Porta M. 2016 (toim.). Confounding bias. A dictionary of epidemiology, 6th edition. Oxford university press 2016.

Prysmakova P, 2016. From compliance to commitment: Centralization and public service motivation in different administrative regimes. *International Journal of Manpower*, Vol. 37 Issue: 5, pp.878-899

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri PSHP:

PSHP 2017a. Suu- ja leukasairauksien poliklinikka. Saatavilla: http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Suu_ja_leukasairauksien_poliklinikka (viitattu 11.4.2017)

PSHP 2017b. Asiakasmaksut. Saatavilla: http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilaana_Taysissa/Asiakasmaksut#merkki1 (Viitattu 12.5.2017)

PSHP 2017c. Tays Pitkaniemi. Saatavilla: http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi (Viitattu 12.4.2017)

PSHP 2017d. Sairaanhoidopiiri. Saatavilla: <http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri> (viitattu 19.8.2017)

PSHP 2017e. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellisen eettisen toimikunnan toimintaohje. Saatavilla: [http://www.pshp.fi/fi-FI/Tutkimus_ja_opetus/Palvelut_tutkijoille/Eettinen_toimikunta/Toimintaohje/Eettisen_toimikunnan_toimintaohje\(50365\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Tutkimus_ja_opetus/Palvelut_tutkijoille/Eettinen_toimikunta/Toimintaohje/Eettisen_toimikunnan_toimintaohje(50365)) (Viitattu 19.11.2017)

Pulkki J. 2012. Alueen kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere university press 2012.

Puolijoki H. ja Tuulonen A. 2007. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47.

Puska P. 2017. Sote-valinnanvapauslakipaketti. Blogikirjoitus 10.5.2017. <http://pekkapuska.fi/kirjoitukset-linkit/sote-valinnanvapauslakipaketti/> Viitattu kontekstin vuoksi.

Pöysti T. 2016. Sote: riittävätkö rahat ja kenelle? Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/1892966/Kest%C3%A4v%C3%A4n+terveydenhuollon+aamiainen+26.4.2016+Tuomas+P%C3%B6ysti.pdf/1eacea36-7c52-4565-b2e3-15145d8dc92f> (Viitattu 11.4.2017)

Rahkonen O. ja Lahelma E. 2005. Terveys hyvinvointivaltiossa—Peter Townsendin tulkinta terveyden eriarvoisuudesta. Teoksessa Saari (toim.) 2005: Hyvinvointivaltio Suomen mallia rakentamassa. Yliopistopaino Helsinki 2005.

Rauch, D. 2008. Central versus Local Service Regulation: Accounting for Diverging Old-age Care Developments in Sweden and Denmark, 1980–2000. *Social Policy & Administration*, 42: 267–287.

Rehunen, A., Reissell E., Honkatukia J., Tiitu M. ja Pekurinen M. 2016. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisusarja 41/2016.

Ringard Å, Saunes I.S. ja Sagan A. 2016. The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: Continuity or change? *Health Policy* 120(4), 350-355.

Rosén M. ja Hakulinen T. 2005. Organization of registries. Teoksessa: *Handbook of Epidemiology*. Ahrens W. ja Pigeot I. (toim.). Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005.

Ryynänen O-P., Kukkonen J., Myllykangas M., Lammintakanen J. ja Kinnunen J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Tammer-paino Oy, Tampere 2006.

Saari J. 2017. Sosiaaliturvariippuvuus: sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere University Press. Tampere.

Saari J., Taipale S., ja Kainulainen S. 2013 (toim.). Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. *Diakonia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia*, 38. *Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia*, 64. Juvenes Print Oy, Tampere 2013.

Saltman R.B. 2008. Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European Journal of Public Health* 18(2), 104-106.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv. En systematisk litteraturöversikt. Elanders Infologistics Väst, Mölnlycke* 2005: 67–119.

Schmidt A., Ciesielski R., Orthuber W. ja Koos B. 2013. Survey of oral health-related quality of life among skeletal malocclusion patients following orthodontic treatment and orthognathic surgery. *Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte Der Kieferorthopädie* 74(4), 287-294.

Scott-Samuel A. ja Sihto M. 2000. Editorial Health inequality 2000. *Critical public health* vol. 10, no. 2, 2000.

Sihto M. 2013. Terveyspolitiikka ja terveyserojen kaventaminen. Blogikirjoitus. Saatavilla: <https://www.nly.fi/artikkeli/terveyspolitiikka-ja-terveyserojen-kaventaminen> Viitattu kontekstin vuoksi.

Sihto M., Palosuo H., Topo P., Vuorenkoski L. ja Leppo K. 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print yliopistopaino oy.

Starfield B. 2011. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 10(1), 15.
Statistiska Centralbyrån Sverige 2016. Examina på grundnivå och avancerad nivå i högskolan efter inriktning 2014/15. Saatavilla: http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/LE0201_2015B16_BR_X10BR1601ENG.pdf (Viitattu 9.11.2017)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM:

STM 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116682> (Viitattu 16.10.2016)

STM 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. Saatavilla: http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843 (Viitattu 18.10.2017)

STM 2016a. Sairaalat ja erikoissairaanhoito. Saatavilla: <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito> (Viitattu 16.10.2016)

STM 2016b. Suun terveydenhuolto. Saatavilla: <http://stm.fi/suun-terveydenhuolto> (Viitattu 16.10.2016)

STM 2017a. Terveidenhuollon maksut. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912#L6> (viitattu 30.9.2017)

STM 2017b. Terveyspalvelut. Saatavilla: www.stm.fi/terveyspalvelut (Viitattu 15.4.2017)

STM 2017c. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Saatavilla: www.stm.fi/hoitotakuu (Viitattu 1.8.2017)

STM 2017d. Sairaanhoitopiirit ja erityisvastualueet. Saatavilla: <http://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastualueet> (Viitattu 12.4.2017)

Ståhl T. ja Rimpelä A. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Yliopistopaino 2010, Helsinki.

Sund, Reijo 2012. Quality of the Finnish Hospital Discharge Register: A systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health* Vol 40, Issue 6, pp. 505 – 515.

Suomen hammaslääkäriliitto 2017. Erikoishammaslääkäritilasto. Saatavilla: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/node/2224#.We3yFmC7WUk>

Taylor-Gooby P., Larsen T. ja Kananen J. (2004) Market Means and Welfare Ends: The UK Welfare State Experiment. *Journal of Social Policy* 33(4), 573-592.

Teperi J., Porter M.E., Vuorenkoski L. ja Baron J.F. 2009. The Finnish health care system: A value-based perspective. *Sitra reports* 82. Saatavilla: http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009_78584c8b-10c4-4206-9f9a-441bf8be1a2c.pdf (viitattu 29.11.2017)

Teperi, J. 2006. Teoksessa: Teperi J., Vuorenkoski L., Manderbacka K., Ollila E. ja Keskimäki I. (toim.) Riitävät palvelut jokaiselle –Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes: Helsinki*, 177

Terveidenhuoltolaki 1326/2010. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326> (Viitattu 16.10.2016)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL:

THL 2010. Somaattinen erikoissairaanhoito 2008. Tilastoraportti. Saatavilla:

https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/80240/Tr05_10.pdf?sequence=1 (Viitattu 18.11.2017)

THL 2011. Tautiluokitus ICD-10. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423> (Viitattu 30.5.2017)

THL 2012. Somaattinen erikoissairaanhoito 2011. Tilastoraportti. Saatavilla:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102856/Tr29_12.pdf?sequence=3 (Viitattu 18.11.2017)

THL 2014. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt Suomessa 2013. Työpaperi 18/2014. Saatavilla:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116104/THL_TP2014_018_verkko.pdf?sequence=1 (Viitattu 1.8.2017)

THL 2016a. Potilaan valinnanvapaus. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/potilaan-valinnanvapaus>

(Viitattu 12.5.2017)

THL 2016b. Julkari-raportit: Tilastoraportti Perusterveydenhuolto 2014. Saatavilla:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130507/Tr06_2016.pdf?sequence=3 (Viitattu 16.10.2016)

THL 2016c. Esimerkkejä valinnanvapaudesta Euroopassa: Ruotsi. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus/esimerkkeja-valinnanvapaudesta-euroopassa/ruotsi>

(Viitattu 3.12.2017)

THL 2017a. Perusterveydenhuolto. Saatavilla: <https://www.thl.fi/en/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto>

(Viitattu 22.6.2017)

THL 2017b. Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2015. Saatavilla:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26_17.pdf?sequence=6 (Viitattu 14.9.2017)

THL 2017c. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa maaliskuussa 2017. Saatavilla:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134714/Tr20_17.pdf?sequence=1 (Viitattu 22.6.2017)

THL 2017d. Somaattinen erikoissairaanhoito 2015. Tilastoraportti. Saatavilla:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132354/Tr10_17.pdf?sequence=1 (viitattu 18.11.2017)

Tiihonen S. 2004. From governing to governance. A process of change. Akateeminen väitöskirja. Tampere University Press, Tampere

Tilastokeskus 2016. Väestön ikärakenne. Saatavilla:

http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html (Viitattu 15.4.2017)

Tilastokeskus 2017. Alueluokitukset 2017. Saatavilla: http://stat.fi/meta/luokitukset/index_alue.html (Viitattu 1.8.2017)

Tilastolaki 2004/280. Saatavilla:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040280?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tilastolaki> Viitattu 25.11.2017

Tjerbo T. ja Kjekshus L. 2005. Coordinating health care: lessons from Norway. International Journal of Integrated Care 5(4), e28.

Tudor H.J., 1971. The Inverse care law. The Lancet 297(7696), 405-412.

Tukia H., Simoila R. ja Oulasvirta L. (2008) Terveysvaikutukset ja kunnallinen päätöksenteko. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: 45 197–208

Tuomainen R. ja Tuomainen M. 2003. Benchmarking-arviointi ja erikoissairaanhoidon alueelliset erot. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 2.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf (Viitattu 9.1.2017)

Tynkkynen L-K., Saloranta A. ja Keskimäki I. 2016. Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa: Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? THL raportti 2016. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1 (Viitattu 27.11.2017)

Vaarama M., Moisio P. ja Karvonen S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki 2010.

Vallgård S. ja Lehto J. 2010. Addressing the dual goals of improving health and reducing health inequalities. Teoksessa Magnussen J., Vrangbaek K. ja Saltman R.B. (toim). Nordic health care systems- recent reforms and current policy challenges. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press UK 2010.

Valtiovarainministeriö 2016. Reformiministerit linjasivat uuden maakuntajaon ja niihin kuuluvat kunnat. Tiedote 76/2016. Saatavilla: http://vm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/reformiministerit-linjasivat-uuden-maakuntajaon-ja-niihin-kuuluvat-kunnat (viitattu 28.11.2017)

Valtokari M. 2015. Hoitoon pääsyn moniulotteisuus erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Juvenes Print Tampere 2015.

van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. OECD Health Equity Research Group. 2006. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal 174(2), 177-183.

Watt G. 2002. The inverse care law today. The Lancet 360(9328), 252-254.

Wetterberg C.C., Ravn A. ja Melby K. 2008. Gender Equality and Welfare Politics in Scandinavia: The Limits of Political Ambition? Policy Press. Bristol, UK.

Whitehead M., Dahlgren G. 2007. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Studies on social and economic determinants of population health, No. 2. WHO, 2007.

Widström E. ja Nihtilä A. Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 4.

Widström E. Niskanen T. ja Forss H. 2007. Erikoissairaanhoidona annettu suu- ja leukasairauksien hoito vuosina 2000-2005. Suomen hammaslääkärilehti 2007;14(20):1110-1115

Wilkinson R. ja Marmot M. 2003 (toim.). Social determinants of health- the solid facts. WHO 2003.

Vilkka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. PS-kustannus oy 2015.

Winblad U. 2008. Do physicians care about patient choice? Social Science & Medicine (1982) 67(10), 1502-1511.

Winblad U. 2017. The swedish choice reform: implications to governance, management and personnel. Esitys Terveidenhuollon tutkimuksen päivillä 24.11.2017 Tampereen yliopistolla. Saatavilla pro gradu-tutkielman kirjoittajalta.

Windblad U. ja Ringard Å. 2009. Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa Magnussen J., Vrangbaek K. ja Saltman R.B. (toim). Nordic health care systems- recent reforms and current policy challenges. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press UK 2010.

Virtanen P., Romppainen K., Jähi R. ja Salonen A. 2008. Työterveyttä työttömillekin, mutta miten? Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa, toim. Ashorn U. ja Lehto J. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2008.

Vitikainen K., Forma L., Jylhä M. ja Rissanen P. Iän ja lähestyvän kuoleman vaikutukset ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja kustannuksiin. Kirjallisuuskatsaus. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 2

VNK Valtioneuvoston kanslia 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011. Saatavilla: http://vnk.fi/documents/10616/622966/H0111_P%C3%A4%C3%A4ministeri+Jyrki+Kataisen+hallituksen+ohjelma.pdf/a49b3eb5-9e98-44c6-bd92-b054bea36f61?version=1.0 (Viitattu 9.11.2017)

VNK Valtioneuvoston kanslia 2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Saatavilla: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82 (Viitattu 9.11.2017)

Vuorenkoski L. 2008. Finland- Health system review. European observatory on health systems and policies. Teoksessa: Mladovsky P. ja Mossialos E. (toim.) Health systems in transition vol. 10 no.4 2008.

Vuorenkoski L., Mladovsky P. ja Mossialos E. 2008. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1–168.

Vuori J. 2008. Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys- kansalaisenvalinnat terveyspalveluissa. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa, toim. Ashorn U., ja Lehto J. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2008.

Vuorio E. 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Teoksessa: Keränen T. ja Pasternack A. (toim.). Kliinisen tutkimuksen etiikka. Kustannus oy Duodecim, Tallinna 2015.

Väestörekisterikeskus 2016. Kuntien väkiluku äänestysalueittain. Saatavilla: <http://vrk.fi/kuntien-asukasluvut-aanestysalueittain-maaliskuu-2016> (Viitattu 29.11.2017)

Yasar A.O. ja Khushalani J. 2017. Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. Central European Journal of Operations Research 25(2), 325.

Yaya S. ja Danhouno G. 2015. Introduction: Special Issue on Innovations in Health Care System Reform in OECD Countries. The Innovation Journal 20(1), 1.

LIITE 1 Suomen suupolit

Yliopistosairaalat, joissa toimii suupoli:

HYKS Silmä- ja korvasairaala HUS <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/suu-ja-leukasairaudet/suu-ja-leukakirurgia/Sivut/default.aspx>

Kuopion yliopistollinen sairaala KYS <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/suu-ja-leukasairaudet>

Oulun yliopistollinen keskussairaala OYS <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Hammas-%20ja%20suusairaudet/Hammas-ja-suusairauksien-klininen-hoito/Pages/default.aspx>

Tampereen yliopistollinen keskussairaala TAYS http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Suu_ ja_leukasairauksien_poliklinikka

Turun yliopistollinen keskussairaala TYKS <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/osastot-ja-poliklinikat/Sivut/Suu-ja-leukasairauksien-klinikka.aspx>

Keskussairaalat, joissa toimii suupoli:

Etelä-Karjalan keskussairaala <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/poliklinikat-toimenpideyksikot/suu-ja-hammassairauksien-poliklinikka/Sivut/default.aspx>

Etelä-Pohjanmaan keskussairaala http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/suu- ja_leukasairaudet

Kainuun keskussairaala http://sote.kainuu.fi/hammas_ ja_suusairaudet

Kanta-Hämeen keskussairaala <http://www.khshp.fi/fi/palvelut/suusairaudet>

Keski-Pohjanmaan keskussairaala http://www.soite.fi/sivu/suu- ja_hammassairauksien_poliklinikka

Keski-Suomen keskussairaala http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Erikoisalat/Hammas_suu_ ja_leukakirurgia

Kymenlaakson keskussairaala <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Hammas-%20ja%20suusairaudet/>

Lapin keskussairaala <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Suusairaudet>

Länsi-Pohjan keskussairaala <http://www.lpsHP.fi/fi/osastot/hammas-ja-suusairaudet.html>

Mikkelin keskussairaala <http://www.essote.fi/yhteystietoluettelo/suu-ja-leukasairauksien-vastaanotto/>

Pohjois-Karjalan keskussairaala <http://www.pkssk.fi/suu-ja-leukasairaudet>

Päijät-Hämeen keskussairaala <http://www.phhyky.fi/yhteystieto/suu-leukakirurgian-poliklinikka/>

Satakunnan keskussairaala <http://www.satshp.fi/toimipaikat/satakunnan-keskussairaala/osastot-ja-poliklinikat/Sivut/hammas-,suu-, ja-leukasairauksien-yksikko.aspx>

Savonlinnan keskussairaala <http://www.issHP.fi/yhteystiedot/sairaala/poliklinikat/hammas-ja-suusairauksien-poliklinikka/>

Vaasan keskussairaala <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/poliklinikat-ja-vastaanotot/suupoliklinikka/suu--ja-leukakirurgia/>